

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA



Trabajo de Fin de Grado en Enfermería

**INFLUENCIA DE LA FORMACIÓN HUMANÍSTICA EN EL
DESARROLLO MORAL DE LOS ALUMNOS DE
ENFERMERÍA Y MEDICINA**

Autor/a: Elena M^a León Cobos

Tutor/a: Juan Antonio Sarrión

Convocatoria: Junio de 2015

Agradecimientos:

En primer lugar a mi familia,

por haberme dado esta oportunidad y haberme apoyado en mis decisiones.

A Héctor, por estar presente en todas las situaciones críticas,

A Lara, por animarme a luchar por los sueños que esperamos que un día se cumplan.

A Juan Antonio, por orientarme a lo largo de todo el trabajo.

RESUMEN

El origen de la relación entre las humanidades y las ciencias biosanitarias, como la medicina y la enfermería, se remonta a las primeras referencias de cuidados realizados en civilizaciones primitivas. La importancia que en las últimas décadas se ha otorgado a ciertas disciplinas de la ya citada rama de conocimientos dentro de la formación universitaria tiene diversos objetivos: el aumento del desarrollo moral del personal sanitario, con el fin de capacitarles éticamente para la toma de decisiones ante los dilemas que surgen durante el ejercicio laboral; ayudarles en la adquisición de competencias y retomar el trato personal de la atención sanitaria perdió en los siglos anteriores, capacitando por tanto a los estudiantes para que realicen una valoración y un cuidado orientado a todas las esferas de la persona: biológica, psicológica y social.

Por tanto, en este estudio se pretende comprobar qué influencia tiene la formación en humanidades en el desarrollo moral de los estudiantes de enfermería y medicina, planteando un estudio analítico-descriptivo, observacional, transversal con $n=531$ y método de evaluación, una adaptación del *Defining Issues Test*.

Los resultados obtenidos del desarrollo moral de los alumnos estudiados son comparados con diferentes variables que pueden inducir a sesgo en la investigación (sexo, edad, religión y la práctica de ésta) y en función del curso (para valorar nuestra hipótesis inicial), obteniendo los siguientes resultados: no se observan diferencias significativas en función del sexo ($p>0,241$), en función de la edad ($p>0,02$), de la creencia ($p=0,949$) ni de la práctica de la misma ($p=0,5032$), encontrando sin embargo diferencias significativas en referencia al curso: entre 1º y 4º ($p\leq 0,000000000001$), entre 2º y 4º ($p\leq 0,000002$) y entre 3º y 4º ($p\leq 0,00002$).

PALABRAS CLAVE: Enfermería, Medicina, Desarrollo moral, Formación humanística.

SUMMARY

It is widely believe that the close relationship between Social and Health sciences, such as medicine and nursing, goes back to the early care references carried out in primitive cultures. The importance of certain disciplines of the aforementioned branches of knowledge has been emphasized during the last decades within the university education in order to reach several objectives:

First of all, the improvement of moral health workforce development to optimize the making decisión process inherent to their profesional activity; secondly, the assistance in the acquisition of skills in order to facilitate the learning process and finally, the resumption of the lost personal treatment of health care, enabling students to conduct an assessment and a treatment aimed at all areas of the person care: biological, psychological and social.

Therefore, this study aims to check the influence of Social Sciences training over the moral development of students of nursing and medicine. In this way, an analytical-descriptive, observational, cross-sectional study with $n = 531$ and evaluation method is implemented as an adaptation of the Defining Issues Test.

The outcome of the survey, based on the moral development of the students, is compared with different variables that can lead to biased research (sex, age, beliefs, and religión). It is observed that there are not significant differences taking into account gender ($p > 0.241$), age ($p > 0.02$), belief ($p = 0.949$) and the practice of religion ($p = 0.5032$), finding otherwise remarkable differences in reference to the level of knowledge related to the university course: between 1st and 4th grade ($p \geq 0.000000000001$), between 2nd and 4th grade ($p \geq 0.000002$) and between 3rd and 4th ($p \geq 0.00002$).

KEYWORDS: Nursing, Medical, moral, humanistic education.

ÍNDICE

Contenido

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 14 |
| APARTADO I. MARCO TEÓRICO | 18 |
| 2. RESEÑA HISTÓRICA..... | 18 |
| 2.1. PREFACIO HISTÓRICO | 18 |
| 2.2. SOCIEDADES PRIMITIVAS..... | 18 |
| 2.3. SOCIEDADES ARCAICAS SUPERIORES | 20 |
| 2.4. EL MUNDO CLÁSICO..... | 21 |
| 2.5. EDAD MEDIA..... | 29 |
| 2.6. EDAD MODERNA | 32 |
| 2.7. EDAD CONTEMPORÁNEA | 44 |
| 3. ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN | 70 |
| APARTADO II. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN | 78 |
| 4. JUSTIFICACIÓN | 78 |
| 5. ANTECEDENTES | 85 |
| 6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN | 89 |
| 6.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... | 89 |
| 6.2. HIPÓTESIS | 89 |
| 6.3. OBJETIVOS | 89 |
| 6.4. DISEÑO | 90 |

| | |
|--|----|
| 6.5. PLOBACIÓN DE ESTUDIO | 90 |
| 6.6. VARIABLES | 91 |
| 6.7. DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO | 91 |
| 6.8. METODOLOGÍA | 92 |
| 6.9. CRONOGRAMA..... | 94 |
| 6.10. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 94 |
| 7. CONCLUSIONES..... | 95 |
| 8. PROSPECTIVA..... | 97 |
| 9. REFLEXIÓN ANTROPOLÓGICA | 98 |
| 10. BIBLIOGRAFÍA | 99 |

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo que aquí se expone se va a desarrollar en torno a un concepto principal: la relación existente entre dos profesiones enmarcadas dentro de las ciencias biosanitarias, como son la enfermería y la medicina con las humanidades, así como la repercusión que tiene esta formación en el desarrollo moral de los alumnos. Para ello, este documento se va a estructurar en dos fases: en primer lugar, mediante una referencia teórica se va a demostrar el vínculo nombrado anteriormente, de manera por un lado histórica y por otro actual. Posteriormente en la segunda fase, se lleva a cabo un proyecto de investigación que trata de analizar la influencia que tienen asignaturas impartidas dentro de los grados de enfermería y medicina pertenecientes a las denominadas ciencias humanísticas, así como la aceptación que suponen dentro del alumnado, si se realiza alguna modificación en el desarrollo moral de los mismos y finalmente, si este cambio puede significar una mejora en la *praxis* de estos futuros profesionales.

Previo a comenzar con el desarrollo teórico, es necesario recuperar ciertos conceptos básicos establecidos en nuestro campo de conocimiento que, al reflexionar sobre sus matices, van a ser útiles en la posterior comprensión de la evolución que han sufrido la medicina y la enfermería. Ambas disciplinas han ido ligadas al ser humano a lo largo de todas las etapas de la historia, comenzando desde una perspectiva no profesional que con el transcurso del tiempo se han convertido en profesiones reconocidas, siendo los profesionales que las ejercen en las en la sociedad actual denominados personal sanitario, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) son “*todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud*”¹. Esta descripción se encuentra ratificada por las correspondientes definiciones de dichas profesiones:

- Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE), la medicina es: “*ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano*”².

¹ Organización Mundial de la Salud [sede web]*. Suiza: Ediciones de la OMS; 2006 [acceso 14 de febrero de 2015]. El Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2006/es/>

² Real Academia Española [sede Web]*. Madrid: Diccionario de la lengua española. 23ª Ed.; 2014 [acceso 14 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=medicina>

La OMS aporta ciertas matizaciones: *“conjunto de conocimientos científicos y de experiencia práctica destinados a preservar y mejorar la salud humana y a prevenir y tratar las enfermedades”*³.

- Citando a la misma fuente (RAE), la enfermería se define como: *“profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas”*. La definición de la OMS sería: *“la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas las circunstancias.”*.

Si bien ya se había puntualizado que la definición de los conceptos era básica, mediante el análisis de los enunciados obtenidos se pueden destacar diferencias y similitudes que van a perfilar posteriormente el marco teórico y van ayudar a sustentar la hipótesis posterior.

Como principal divergencia a destacar, sería la inclusión en ambas definiciones de la competencia principal de cada uno de estos artes. En la medicina se puntualiza que va orientada al curar, actividad que, tras seleccionar las definiciones relacionadas con el contexto según la RAE consiste en: *“aplicar con éxito a un paciente los remedios correspondientes a la remisión de una lesión o dolencia”*, *“sanar las dolencias o pasiones del alma”* o *“remediar un mal”*.

Por otra parte, en enfermería prevalece el término cuidar el cual en la RAE se define como: *“asistir, guardar, conservar”*. Sin embargo, esta definición no comprende la esencia del cuidado enfermero, por lo que la definición que aporta la OMS se adaptaría más a su concepto profesional, describiendo éste como: *“Actividad que comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal”*⁴.

³ Organización Mundial de la Salud [sede web]*. Suiza: Ediciones de la OMS; 2002-2005 [acceso 14 de febrero de 2015]. Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional [aproximadamente 5 pantallas]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js2299s/4.1.html#Js2299s.4.1>

⁴ Organización Mundial de la Salud [sede web]*. Suiza: Ediciones de la OMS; 2002-2005 [acceso 14 de febrero de 2015]. Cuidado enfermero [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

De esta manera tras el análisis de unas definiciones actuales, surge una percepción de las profesiones que se están tratando como carreras puramente técnicas que tienen como receptor de sus actividades al ser humano, del cual sólo se resalta su parte biológica y tan sólo, en una de ellas, se nombra una dimensión espiritual. Por ello se podría llegar a la conclusión que para ser un buen profesional, se precisan principalmente conocimientos teórico-científicos y clínicos, centrados en los mecanismos fisiológicos de salud y enfermedad. Sin embargo, si aceptásemos dicha interpretación estaríamos adoptando una postura reduccionista frente a la noción de persona, la cual constituye un concepto complejo, con diversas corrientes de abordaje (psicológico, fisiológico o filosófico, entre otros) y que si orientamos nuestra búsqueda dentro del campo de la metafísica, encontramos múltiples definiciones aportadas por los grandes teóricos, escogiendo una pequeña muestra que nos ayuda a esclarecer dicho concepto:

- Para Aristóteles⁵, el hombre es un “*animal que tiene nous*” (1), es decir, un animal racional. Si se analiza esta definición, con el término animal la RAE contempla un “*ser orgánico que vive, siente y se mueve por propio impulso*”, incluyendo por tanto la esfera sensible de la persona y añadiendo la característica distintiva del ser humano: la racionalidad.
- Santo Tomás de Aquino⁶ indica desde su concepción de que la persona está compuesta por el cuerpo humano y el alma espiritual que: “*Post considerationem creaturae spiritualis, considerandum est de homine, qui ex spirituali et corporali substantia componitur. Sicut enim de ratione huius homines et quod sit ex hae anima et his carnibus et his ossibus. Cum igitur sentire sit quaedam operatio hominis, licet non propria, manifestum est quod homo nos est anima tantum, sed est aliquid compositum ex anima et corpore*” (1).

⁵ Aristóteles (384 a.d.c-446), filósofo, lógico y científico nacido en Estagira, discípulo en la Academia de Platón. Posteriormente, maestro de Alejandro Magno, ejerciendo como orientador hasta el año previo a su muerte. Con aproximadamente 200 tratados publicados, abarca temas que van desde la metafísica a la física o la astrología.

⁶ Santo Tomás de Aquino (1224-1274), monje italiano perteneciente a la orden de los Hermanos Predicadores, conocido por sus tratados sobre teología y filosofía, aportando obras como *Summa theologiae*. Máximo exponente de la teología sistemática y una de las autoridades más conocidas en el campo de la metafísica.

Avanzando temporalmente hasta Ortega y Gasset⁷, autor contemporáneo: *“El ser humano no es una razón pura sino un ser cuyo existir es vivir; una vida que se articula en torno a un yo y su circunstancia. Olvidar la dimensión vital e histórica del sujeto es el error del racionalismo, así como reducirlo a una actividad puramente biológica es el error del relativismo”* (2).

Tal y como se objetiva, a pesar de ser una ínfima muestra de autores, en todos ellos se contempla una faceta espiritual y sensible que conformarían esa concepción que olvidar esas dimensiones supone un error del relativismo tal y como aporta Ortega y Gasset. De esta manera, podemos observar como *“la complejidad de la persona reside, entre otros factores, en la multidimensionalidad de su ser y su complejo abordaje”* (3). Por ello debemos asumir que no sólo desde las ciencias biológicas se puede llegar al conocimiento “completo”, dentro de los propios límites del ser humano, de él mismo, sino que se necesita una interdisciplinariedad, convirtiendo en principal aliado a las ciencias de humanidades⁸.

Como muestra de ello, en el epílogo de *Los Fines de la Medicina*⁹ se refieren las siguientes cuestiones: *“¿La medicina es un arte o una ciencia? ¿Se trata de una empresa humanística con un componente científico, o bien una empresa científica con un componente humanístico?”* (4). Si se continúa leyendo, se detalla que no es la finalidad del documento dar respuesta a esos interrogantes, sino situar al lector en una mentalidad reflexiva. Es decir, se invita al observador a posicionarse de manera crítica ante la medicina actual y se podría perfectamente ampliar hacia la enfermería, para darse cuenta que la relevancia obtenida por la mentalidad científica y el desarrollo biotecnológico han supuesto el abandono de ciertas facetas humanísticas en la praxis diaria.

⁷ Situado dentro del Novecentismo y con varias influencias de diversas corrientes en su pensamiento (objetivismo, perspectivismo y raciovitalismo), José Ortega y Gasset (1883-1955), fue un filósofo y ensayista español.

⁸ Según la RAE: *“las que, como la psicología, antropología, sociología, historia, filosofía, etc., se ocupan de aspectos del hombre no estudiados en las ciencias naturales”*.

⁹ Documento elaborado en 1996 por un grupo de estudiosos internacionales pertenecientes a 14 países y dirigido por *The Hasting Center* de Nueva York (prestigiosa entidad científica dedicada a la investigación en el campo de la Bioética). La hipótesis principal para el trabajo era la valoración de *“el progreso de la ciencia médica y la biotecnología y el aumento de las necesidades humanas, unido a la escasez de recursos para satisfacerlas debido a un cambio radical que obligaba a pensar de nuevo si entendemos la medicina en sus justos términos”*.

APARTADO I. MARCO TEÓRICO

2. RESEÑA HISTÓRICA

2.1. PREFACIO HISTÓRICO

Conceptos inherentes al ser humano, como son la salud y la enfermedad, han sido contemplados a lo largo de las diferentes épocas históricas. Así bien, su concepto ha variado mucho a lo largo de las diferentes etapas y las diferentes corrientes de pensamiento que han sido predominantes en la época. De esta misma manera, lo que ahora entendemos como profesiones directamente ligadas a estos procesos, como son la enfermería y la medicina, han ido evolucionando, tanto como en su concepción y competencias, como en los métodos utilizados para preservar y promocionar la salud, y para la prevención y rehabilitación de la enfermedad.

Como justificación de la relación tan estrecha que ha existido entre las disciplinas humanitarias con las actualmente consideradas como sanitarias, se va a estructurar este apartado de manera cronológica haciendo una breve revisión de las etapas históricas, y en cada una de ellas, se identificarán los aspectos más significativos de la enfermería y la medicina. A su vez se desarrolla una breve reflexión en cada una de ellas sobre los avances que se producen mediante la introducción de la contemplación de conocimientos que a día de hoy, se considerarían parte del estudio de las diversas disciplinas del campo de las humanidades.

2.2. SOCIEDADES PRIMITIVAS

Si bien es cierto lo que se ha descrito anteriormente de la unidad entre la persona y los procesos de salud y enfermedad, se debe aceptar que *“no existe una evidencia contundente de estos procesos hasta pasados miles de años de la aparición del ser humano”* (5). De la misma manera, tampoco se encuentran referencias sobre las actividades cometidas en relación con la salud.

Conforme comienza el desarrollo cultural e intelectual, empiezan las manifestaciones mediante las cuales podemos en la actualidad, crear una teoría acerca de cómo eran entendidos dichos cambios. Hay que tener en cuenta que las acciones curativas en este

período eran acciones instintivas, que se transmitían vía oral y su eficacia se basaba en la repetición y observación del proceso, valorando por tanto los resultados y considerando si un procedimiento daba lugar a determinada mejoría y por tanto, considerándolo válido.

A su vez, debido a la falta de conocimientos sobre el agente causante del cambio maligno, se comenzó a asociar la enfermedad con procesos mágicos y, posteriormente a religiosos, los cuales daban una explicación imaginaria a los mismos. Debido a ello, surgió en la Edad de piedra la figura del Chamán¹⁰, al cual se le atribuía una superioridad y por tanto, era el encargado de realizar los actos protocolares de sanación mediante el uso de remedios naturales (minerales, plantas o recursos de tipo animal) siempre acompañados de conjuros o rituales.

Al igual que lo descrito anteriormente podríamos considerarlo como el origen remoto de la actual medicina, dentro de la enfermería, esta etapa también se encuentra contemplada. Estos pueblos son denominados sociedades arcaicas inferiores y consideradas como el paso previo a la aparición de la etapa doméstica de los cuidados¹¹. Aún en estas civilizaciones, *“si la persona enferma no se recuperaba con los remedios provistos por el Chamán, éste era sometido a una muerte social: siendo expulsado de la civilización y abandonado a su suerte”* (6).

Analizando los datos aportados hasta este punto, se vislumbra únicamente un conjunto de actividades basadas en paliar el daño surgido sobre la persona, pudiendo clasificar el proceso como eventual y centrado en la corporeidad de la persona. También podemos destacar el hecho de la concepción de que la persona enferma al dejar de ser útil en la sociedad, es marginada, pudiendo diferenciar por tanto dos tipos de persona. Aunque es cierto que este hecho no se puede adjudicar a una concepción social del concepto de dignidad humana, debido a la inexistencia del nacimiento de dichas reflexiones y la carencia del nivel cultural para tal, si debemos percatarnos de este hecho de diferenciación de la persona sana y enferma.

¹⁰ “El hechicero de Les Trois Fères”: representación pictórica de un chamán en medio de una danza ceremonial, considerada la más antigua de las existentes (17000-10000 a. C.). Se encuentra en una cueva en Ariège (Francia). (Cavazos Gumán & Carrillo Arriaga, 2001)

¹¹ Etapa que comienza en las sociedades arcaicas inferiores y finaliza con la caída del Imperio Romano. Se denomina doméstica debido a que es la figura femenina dentro de estas sociedades, la encargada del cuidado de los enfermos dentro del ámbito familiar.

Con el futuro desarrollo de la escritura, surge la oportunidad de plasmar los conocimientos adquiridos hasta el momento, disminuyendo el riesgo de la pérdida de los mismos y aumentando por tanto, los éxitos obtenidos.

2.3. SOCIEDADES ARCAICAS SUPERIORES

En este apartado de la clasificación se encuentran agrupados varios pueblos contemporáneos entre sí debido a la similitud de sus características en torno a la percepción de la salud y la enfermedad, así como en los procesos para su diagnóstico y tratamiento. Estos formarían las culturas mesopotámicas (Babilonia y el pueblo hebreo), Antiguo Egipto, Pueblos Orientales Clásicos (India y China) y finalmente los pueblos Precolombinos.

Estas sociedades, situadas entre la Prehistoria y el Mundo Clásico, sin profundizar en los rasgos distintivos de cada una de ellas, lo cual no nos compete, procedemos a señalar el concepto general que se poseía sobre la enfermedad.

En todas ellas se pasa a considerar la enfermedad como un castigo divino, es decir; los dioses pasan a ser la causa de la patología sufrida. A excepción del pueblo hebreo (יהוה), el resto son pueblos politeístas con uno o varios dioses responsables de los procesos de enfermedad. Debido a esto, la aparición de la molestia se relacionaba directamente con la ofensa a las deidades las cuales se manifestaban al enviar el proceso. De esta manera, la labor de la sanación estaba en manos de dos estamentos separados: en un orden superior los sacerdotes y de manera inferior, los barberos (encargados de pequeñas cirugías). Las pautas a seguir estaban recogidas en diversos tratados (en Babilonia el Código de Hammurabi, en Egipto el Papiro de Ebers, en India los libros de *Sushruta* y *Charaka*, etc.). Hay que destacar que la medicina tradicional China e India (*Ayurveda*) provenientes de esta época, y basadas en el origen de la enfermedad como desequilibrio de las energías propias del cuerpo, han sido heredadas a la sociedad actual y continúan vigentes junto con sus técnicas.

Dentro del método de tratamiento existía una bifurcación: por un lado los métodos empíricos, como la farmacoterapia (utilizando principios activos de los tres reinos) o la incorporación de diversas cirugías, y por otro, todos los procesos de reconciliación con los dioses mediante sacrificios además de métodos adivinatorios como orinomancia (interpretación de los sueños), piromancia (interpretación del fuego) o la necromancia (consulta a los muertos).

Finalmente es reseñable que es en estas sociedades donde se sitúa el origen de los cuidados domésticos. Aunque de manera general es el hombre (sacerdote) el encargado del cuidado, en Egipto, India, pueblo Hebreo y los Precolombinos otorgan esta labor a la mujer, tanto como poseedora del cargo de partera, como responsable de los cuidados dentro del hogar mediante la aplicación de lo que son considerados los cuidados básicos (alimentación e higiene).

Centrándonos en el tema que nos concierne, en esta época se comienza a dar importancia no sólo al ámbito físico dentro del problema de salud: dentro de la valoración del enfermo se incluye el proceso de entrevista, con el fin de conocer diversos datos de interés. Entre ellos, tanto en Babilonia como en India y China, se realizan preguntas sobre el estado anímico del paciente, principalmente sobre la tristeza y las causas de la misma.

2.4. EL MUNDO CLÁSICO

Es en esta etapa histórica que se extiende, en su concepto amplio, desde el siglo VIII a. C. hasta el siglo V d. C., abarcando la dominancia de Grecia y Roma, supone una revolución en la concepción del mundo actual y por tanto, también en el avance de la medicina.

Si bien en los períodos anteriores se han explicado de manera principal los factores involucrados en la concepción de la salud y enfermedad, debido a la ausencia principalmente de un desarrollo del pensamiento sobre la posición racional del hombre. Es a partir de esta etapa cuando se va a desarrollar de manera más específica el compendio de este trabajo, debido a que las raíces de estas ciencias conocidas como humanidades, se encuentran aquí comprendidas.

Grecia

Es durante el siglo VI a. C. cuando los primeros filósofos¹² se replantean conceptos aceptados hasta la fecha, como el universo o el hombre, así como los procesos que intervienen en ambos. Su visión pasa a ser desde la mera observatoria a la racional, buscando una causa justificada a la realidad a través de las respuestas que se obtuviesen mediante la naturaleza. Es por tanto el momento en el que el hombre adquiere la capacidad de lo que se conoce como la

¹² Filosofía: “Conjunto de saberes que busca establecer, de manera racional, los principios más generales que organizan y orientan el conocimiento de la realidad, así como el sentido del obrar humano”.

visión científica, tomando a la vez conciencia que el propio objetivo de la misma es el ser humano.

Son innumerables los pensadores que se encuentran dentro de este movimiento, incluyendo todos ellos teorías en las que se encuentra contemplada la medicina y a la que aportan nuevos procedimientos y actividades a realizar. Mediante este cúmulo de cambios en la realidad, se sitúa el origen de la medicina occidental tal y como la conocemos. El abordaje místico-religioso de la enfermedad se transforma progresivamente en un proceso científico, razonado y observable, “*de modo que ya no es culpable lo divino, sino algo humano*” afirma Hipócrates¹³ en su libro *Sobre la enfermedad sagrada*. Es relevante destacar que previo a la escuela Hipocrática, los denominados Presocráticos¹⁴ establecieron los pilares del cambio en la medicina. Tanto Tales de Mileto como sus contemporáneos Presocráticos no se caracterizan por el amplio desarrollo de manuales anatomofisiológicos, sino por su amplio conocimiento de la ciencia de la *phýsis*¹⁵, encontrándose ésta como punto en común entre los Presocráticos y los escritores hipocráticos: mientras los primeros buscan conocer la *phýsis* de lo general, los médicos hipocráticos escrutan la *phýsis* del hombre, incluyendo como parte de ésta los hábitos y el modo de ser del paciente.

Es gracias a esta *phýsis* y por tanto, a la novedosa manera de interpretar la realidad la que genera el posicionamiento de los escritores hipocráticos y del mismo Hipócrates. Las principales referencias a la medicina son las recogidas en el *Corpus hippocraticum*¹⁶, dentro del cual se indica que “*el médico debe atender no sólo al cuerpo del hombre sino al hombre entero, cuerpo y alma*” (4), interpretación muy afín a la realizada por Platón¹⁷ en el *Fedro*, en

¹³ Hipócrates de Cos (460 a. C. - 370 a. C.) fue un médico de la Antigua Grecia. Autor del famoso *Juramento Hipocrático*, es considerado el padre de la medicina actual. Fundador de una escuela de medicina con su propio nombre, se le atribuye la recopilación de técnicas antiguas propias de otras culturas, así como los avances realizados en la medicina clínica.

¹⁴ Se consideran Presocráticos a aquellos filósofos no influenciados por el pensamiento de Sócrates (aunque sean posteriores al mismo), entre los cuales destacan Tales de Mileto, Alcmeon de Crotona o Pitágoras (primera mitad del siglo VI a. C.- IV a. C.).

¹⁵ *Phýsis*, sustantivo derivado del verbo *phyeō* significa nacer, brotar o crecer. Acaecido por primera vez en la *Odisea*, haciendo referencia al crecimiento de una planta, no es hasta dos siglos después cuando se comienza a emplear para la designación del principio y fundamento de todo lo real por parte de los Presocráticos.

¹⁶ Conjunto de cincuenta escritos que versan sobre diferentes aspectos de la medicina. Antiguamente eran suscritos a la exclusiva autoría de Hipócrates, aunque actualmente prevalece la idea de que fueron redactados en su escuela por diferentes autores destacados.

¹⁷ Platón (427-347 a. C.) fue un filósofo griego discípulo de Sócrates y maestro de Aristóteles. Fundó la Academia y plasmó su opinión sobre diversos temas en numerosos tratados siempre redactados en forma de diálogo.

la cual indica que el conocimiento del cuerpo humano es inseparable del conocimiento del Universo y de los factores ambientales, ya que influyen en él.

La semejanza se encuentra manifiesta en la interpretación realizada por L. Edelstein¹⁸, en la que establece que desde una manera lógica, Platón pretende relacionar la *phýsis* de lo existente en el hombre y el Universo, y por tanto también en las dos dimensiones que el autor le daba el hombre: el cuerpo y el alma.

Retomando las enseñanzas hipocráticas, éste hace referencia a Anaxágoras al detallar que “*lo invisible se manifiesta a través de lo visible*” (4) ya que Hipócrates certifica que hay enfermedades (que él denomina internas), las cuales no se manifiestan externamente de manera “clara” y que únicamente mediante el conocimiento integral que debe poseer el médico sobre la totalidad del hombre, puede identificar los signos que le ayuden en su diagnóstico. Basándose en ello, Laín Entralgo¹⁹ propone la denominación de noción filosófica del cuerpo humano (7).

Es en otro de los documentos pertenecientes al *Corpus hippocraticum*, el llamado *Sobre los aires, aguas y lugares*, en el que se recogen en primer lugar teorías pertenecientes a filósofos como Alcmeón de Crotona, Diógenes de Apolonia o Demócrito, que posteriormente serán apuntadas por las grandes teóricas de enfermería para su análisis de la influencia del entorno sobre el estado de salud de la persona, así como sus beneficios y desventajas. Posteriormente, aunque dentro del mismo título, extiende mediante una introducción a la antropología²⁰, la influencia del entorno no sólo en la persona sino en la comunidad, así como las costumbres y los rituales propios de la misma.

¹⁸ Dr. L. Edelstein (1902-1965), profesor de estudios humanísticos en diversas facultades (Universidad Johns Hopkins, Universidad de Washington, Universidad de Berlín y Universidad de California), fue reconocido como una autoridad en la historia de la ciencia en la antigüedad griega y latina.

¹⁹ Pedro Laín Entralgo (1908-2001) fue un médico, historiador, ensayista y filósofo español, galardonado con el Premio Príncipe de Asturias de Comunicación y Humanidades en 1989, destacó por su desarrollo sobre la filosofía y antropología médicas.

²⁰ La RAE define la antropología como la “*ciencia que estudia la realidad humana, trata los aspectos biológicos y sociales del hombre*”.

Si hasta este momento sólo se han contemplado algunas de las pautas descritas que debe tener en cuenta el médico en la valoración integral del enfermo, a continuación se valoran los preceptos de la ética²¹ que deben guiar la *praxis* del profesional.

Dichas pautas se reflejan dentro del famoso *Juramento*, documento que aunque con diversas modificaciones con la finalidad de adaptarlo a los cambios sucedidos con el transcurso de los años, sigue vigente y es utilizado para el juramento realizado por los estudiantes de medicina al finalizar su formación universitaria. Es reseñable el hecho de que en su origen, este texto era el compromiso a realizar para poder acceder a las escuelas donde se impartía la materia aunque como apunta Edelstein, se consideraba más un mero trámite que un documento de validez universal. Dos puntos deben discernirse en el enfoque de la conducta médica: para con el sentido de su vida y la sociedad y para con el paciente y sus compañeros.

Según el análisis realizado por Laín Entralgo, al hacer referencia a la orientación que debe elegir el médico en su vida, éste señala que una persona ante la contemplación de una enfermedad genera un sentimiento ambivalente (repulsión y tendencia a la ayuda), ante el cual el profesional gracias a su *tékhnē iatrikē*²² es capaz de superponerse y centrarse en la ayuda a la persona. Esta capacidad le confiere a una dignidad, así como lucro y fama, inherentes al adecuado ejercicio de su profesión. (8).

En segundo lugar, ante el análisis de la conducta del profesional con el paciente, la *polis* y sus compañeros, se refiere que:

- Ante el enfermo, el precepto principal de “favorecer o no perjudicar”²³, que a día de hoy se podrían englobar dentro de los principios de beneficencia y no maleficencia²⁴. Al igual que en el presente estos dos principios dan lugar a controversia, en el s. IV a. C. esto suponía un conflicto técnico y moral debido a la inexactitud de los futuros beneficios tras una técnica. Debido a ello, se unificó el criterio de que los procesos de enfermedad al estar regidos por la *phýsis*, el médico se encontraba el deber de valorar

²¹ Según la RAE, la ética es el “conjunto de normas morales que rigen la conducta ética”.

²² Saber técnico, *ars medica*.

²³ Laín Entralgo P. Medicina Social y Ética Médica. En: La Medicina Hipocrática. 1ª Ed. Barcelona: Salvat; 1972. P. 387-423.

²⁴ Dos de los principios de la bioética enunciados en 1979 por Tom L. Beauchamp (filósofo estadounidense, especializado en filosofía moral y bioética) y James F. Childress (filósofo y teólogo estadounidense).

la situación del enfermo y, en el caso de que se descubriese ante él una enfermedad incurable o terminal, éste no debería ir en contra de la *phýsis* ya que cometería el denominado *hybris*²⁵, y por tanto, no estaría actuando de manera éticamente correcta. Otro de los aspectos contemplados en la relación médico-paciente es la humanidad que debe tener el profesional al tener en cuenta los honorarios que debe recibir por su atención, estableciendo las pautas para unos “honorarios honrosos” y a su vez, detallando cuáles serían deshonorosos.

Derivada de esta concepción de honradez que posee el médico proveniente de un obrar correcto, entendido como siguiendo las normas marcadas por la ética, y junto la concepción de la persona enferma, se establece en el s. IV a.C. el modelo paternalista en la relación médico-paciente. Aunque este postulado no es contemplado por los escritores hipocráticos, sino que se sitúa dentro de la clasificación de la relación médico-paciente a lo largo de la historia, y la cual considera que este modelo nace en torno a este siglo y prosigue hasta el año 1495.

Se atribuye este período a su origen debido a que se considera que el paciente se encuentra en una situación de dependencia para con el médico. Esto es debido a que éste último posee la moral y los conocimientos necesarios, así como el criterio adecuado para tomar las decisiones que vayan a “favorecer al paciente y a no perjudicarlo”, actuando siempre de manera honrada y sustituyendo el criterio del paciente ya que este se encontraba en una situación de debilidad que no le permitía ejercer su capacidad de decisión.

- Menos explícito es Hipócrates al hacer referencia a las obligaciones para con la *polis*. Si bien en los textos del *Corpus* se refiere todos los ciudadanos libres y esclavos deben ser atendidos por el médico ante su enfermedad, teniendo en cuenta lo referido en el *Juramento* respecto a la capacidad de unificación de la *tékhnē* y del sentimiento de ayuda, lo cual sería de gran relevancia debido a la concepción estamental que tenían los griegos de sociedad y por tanto, igualando en un hecho puntual la dignidad personal de lo que ellos consideraban dos *phýsis* diferentes. Es Platón, a través de

²⁵ Pecado de desmesura, considerado el más grave para los griegos, ya que contrariaba la conciencia ética y religiosa.

algunos de sus diálogos (la *República*, el *Cármides*, las *Leyes* y el *Político*) (8) quién relata una realidad en la Atenas del s. IV a. C. contraria a lo descrito, en la cual al variar la clase social, variaba igualmente el tipo de asistencia a la que se estaba relegado.

- Finalmente, se contempla el respeto por los compañeros y maestros de profesión, así como por sus discípulos.

Como dato de reflejada importancia en la sociedad actual y que se encuentra manifestado por primera vez en este documento, se referencia el secreto profesional²⁶, terminando así el análisis sobre la mutua influencia que se produjo en esta época entre la filosofía y la medicina, conceptos que aún perduran. Referente al secreto profesional Hipócrates señala en el *Juramento* que: “*Guardaré secreto sobre lo que oiga y vea en la sociedad por razón de mi ejercicio y que no sea indispensable divulgar, sea o no del dominio de mi profesión, considerando como un deber el ser discreto en tales casos*” (5).

En esta época es complicado establecer la relación entre la filosofía y la medicina, ya que se puede clasificar como una dependencia de la medicina hacia los avances generados en la comprensión de la *phýsis* por parte de la filosofía; así como la relación contraria, en la cual los nuevos descubrimientos desde el campo médico ayudaban a avanzar en los supuestos filosóficos o finalmente como una dependencia mutua, en la cual convergen las opiniones de expertos como Edelstein, y Laín Entralgo, la cual enriqueció ambas disciplinas.

Haciendo patente la inexorable relación entre las citadas ramas científicas, es lógico relacionar el origen de las actuales disciplinas enmarcadas dentro de las humanidades (filosofía, antropología y ética, entre otras), con los postulados recogidos en los tratados de los filósofos de esta época. Es por tanto “*imposible no subrayar que si es esta etapa histórica una de las más importantes en cuanto a la no reducción de las artes de la curación y del cuidado*” (9) (ya que aún no se puede hacer una indicación clara a la enfermería) al plano biológico, sino la contemplación del enfermo como ser en conjunto e individual, es debido a la ya nombrada reciprocidad entre la medicina y las humanidades.

²⁶ El secreto profesional se puede entender como el pacto (explícito o implícito) derivado del ejercicio profesional, siendo la base en la que se sustenta la relación de confianza entre el paciente y el profesional, en este caso sanitario, ya que el usuario vuelca información íntima en la otra persona con el convencimiento de que dichos datos no van a ser revelados a terceros (10).

Roma

Esta civilización se extiende desde el año 509 a. C. hasta la caída del Imperio romano en el 476 d. C, en la cual podemos diferenciar dos etapas en cuanto a la medicina se refiere. En la primera, antes de la conquista de Grecia, los romanos practicaban la medicina heredada de los etruscos; seguían atribuyendo un origen mítico-religioso a la enfermedad y por tanto, el tratamiento de la misma era una combinación entre rituales mágicos, ofrendas a los dioses y técnicas basadas en la farmacología (recurriendo a los tres reinos), la dieta, la gimnasia, la higiene, etc.

Tras la conquista, los romanos comienzan a adoptar las costumbres griegas. Adoptan nuevos dioses y nuevos conceptos para la explicación de la salud y enfermedad, es decir, la *phýsis*. Hay que especificar que en sus orígenes, para los romanos esta profesión era indigna, y por tanto llevada a cabo por los esclavos, por lo que tras la incorporación de Grecia, los médicos griegos pasan a ser los que continúen ejerciendo junto a los esclavos, y por tanto pasan a ser los maestros de las nuevas generaciones de romanos. Esta adopción total de lo griego unido a que el pueblo romano conformaba una sociedad guerrera principalmente, conduce a que los avances llevados a cabo en cuanto a aportaciones filosóficas a este arte sean nulos. Los médicos romanos, en especial Galeno de Pérgamo²⁷ y sus contemporáneos, basan su actividad en la obra de Hipócrates, por lo que terminan siendo muy similares los programas empleados.

Hay que reconocer sin embargo que *“la medicina romana avanzó mucho en técnicas útiles en el campo de batalla, como cirugías y el cuidado de las heridas”* (11). Así mismo crearon un concepto novedoso hasta la fecha, que sería el hospital de campaña el cual seguía al ejército con los guerreros lesionados hasta que pudiesen volver al ejército.

Uno de los hechos relevantes que se suceden en estas fechas es el nacimiento de Jesús de Judea, suceso que ha repercutido en toda la humanidad. A raíz de su vida, muerte y resurrección, nace una nueva religión, el Cristianismo.

²⁷ Galeno de Pérgamo (129-216 d.C.) fue el médico de origen romano de más renombre, conocido como el padre de la farmacia debido a que realizó un sistema de polifarmacia, clasificando los fármacos como simples o compuestos. A su vez estableció las fases de la enfermedad como comienzo, ascenso, mantenimiento y declinación.

Esta doctrina comienza a extenderse principalmente entre los estamentos inferiores de la sociedad del Imperio romano, principalmente entre los esclavos. En un principio perseguida por el Imperio, y posteriormente reconocida como religión oficial del mismo por Constantino en el Edicto de Milán en el año 313. Sin penetrar en un tema complejo como es el rechazo al cristianismo desde sus inicios, hay que reconocer que las enseñanzas revolucionarias que se predicaban iban en contra de las normas aceptadas socialmente dentro de la cultura romana. En primer lugar se produce una contraposición en las creencias, partiendo de una religión politeísta a una monoteísta. A su vez, dentro de su doctrina, todos los hombres eran hijos de Dios y hermanos entre ellos, es decir: se concede la misma categoría a todas las personas, eliminando los estamentos sociales y otorgando los mismos derechos a todos ellos tal y como apunta Juliano el Apóstata²⁸, el cual elogia la asistencia médica cristiana: *“Vemos lo que hace fuertes a los enemigos de los dioses (a los cristianos): su filantropía frente a los extraños y los pobres... Es vergonzoso (para nosotros, los paganos) que los galileos no ejerciten su misericordia solamente con sus iguales en la fe, mas también con los servidores de los dioses”* (13). Es también a través del cristianismo donde se originan nuevas percepciones sobre la persona. Laín Entralgo apunta que es en el Nuevo Testamento donde se señalan las bases para introducir en el pensamiento la intimidad de la persona²⁹, ya que se especifica una serie de pecados que pueden ser cometidos mediante la intención, es decir, mediante el alma. Se aporta por tanto una realidad trascendente al hombre, en la que convergen en su persona una condición personal y una espiritual, siendo incompatibles estas con la naturaleza o *phýsis* establecida en el ser humano. (13).

También acontece un cambio en la concepción de la enfermedad y todo lo que la rodea. La enfermedad vuelve a tener un origen divino, asociado al Pecado Original, pero ya no es contemplada como castigo sino como circunstancia enviada por Dios que permite al enfermo asemejar su situación al sufrimiento que Cristo soportó en la cruz, y por tanto, es la oportunidad de purificar su alma, por lo que se anima al paciente a aceptar este designio con humildad.

²⁸ Favio Claudio Juliano, Emperador romano (331-363 d.C.). Tras su contacto con el saber de los filósofos griegos se convirtió al paganismo clásico, ocultando sus creencias durante el reinado de emperadores anteriores a él (puesto que el cristianismo ya era la religión oficial del Imperio) y restaurando en su mandato el paganismo como religión oficial.

²⁹ Según la RAE, la intimidad es la *“zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia”*. Posteriormente Beauchamp and Childress diferenciarán la intimidad física, mental y de la información.

2.5. EDAD MEDIA

La Edad Media es un período delimitado por dos grandes acontecimientos: su comienzo se define con la caída del Imperio romano en el año 476 d. C., y su fin puede tener dos fechas dependiendo del historiador de referencia, bien en el año 1492 con el descubrimiento de América o en el 1453, con la caída del Imperio bizantino. Un período de cambio en muchos aspectos que afectará de manera directa a la concepción de la realidad heredada de Grecia y Roma. Desde una clasificación basada en la relación médico-paciente, se continúa en la corriente paternalista (12), mientras que desde el posicionamiento de los cuidados, se da el paso de la etapa doméstica a la vocacional³⁰, influida por los cambios sociales y religiosos que se explican a continuación.

Mientras los pensadores de la época, como San Agustín³¹, “*giran en torno al gran problema metafísico de la substancialidad, espiritualidad e inmortalidad del alma humana*” (14), el acto de cuidar al enfermo adquiere una nueva dimensión. Si hasta el momento esta actividad carece apenas de referencias, a partir de este punto el cuidado adquiere una dimensión sagrada y humanitaria que previamente no había poseído, comenzando así la etapa vocacional de los cuidados y, más concretamente esta percepción divina del cuidado se enmarca en una fase denominada primitiva o evangélica. Esto se sustenta ya que el cristianismo promulga el amor al prójimo como hermano, y Laín Entralgo en su obra propone la siguiente teoría: “*cuando el cristiano ama al otro como «prójimo» (parábola del Samaritano, Luc. X, 25-27), le ama a la vez como se ama a sí mismo, como si su prójimo fuese Cristo («siempre que disteis de comer a un hambriento, conmigo lo hicisteis», Mat. XXV, 39-40) y como si él mismo fuese el propio Cristo («amaos los unos a los otros como yo os he amado», Jo. XV, 12), y en la unidad de estos tres momentos del acto amoroso consiste el «amor de caridad» o agápē*” (13).

Los aspectos positivos que revierten en la realidad y en la práctica diaria del cuidado son objetivables desde el posicionamiento del sentimiento de ayuda a los enfermos. Al considerar una tarea divina el cuidado del enfermo, se comienza a dar una mayor importancia a éste y a crear congregaciones y órdenes dedicadas a ello de manera altruista. Si bien los

³⁰ Se asocia el comienzo de esta etapa vocacional de los cuidados con el surgimiento de la religión cristiana. Se le otorga a la enfermedad un concepto divino y por tanto los cuidados orientados hacia ella, tienen una gran importancia moral y humanística.

³¹ San Agustín de Hipona (354-430), Santo de la Iglesia Católica es uno de los máximos exponentes del pensamiento cristiano. Estudiante de la filosofía clásica, dedicó su vida a la escritura sobre filosofía y teología.

pertenecientes a los estamentos altos de la sociedad continúan recibiendo asistencia médica bajo honorarios en su domicilio, estas órdenes comienzan a construir hospitales donde atender a todos aquellos que no pudiesen costearse otro tipo de atención.

Sin embargo, lo que podría haber generado una oportunidad de profesionalizar el cuidado, se encuentra con unos límites implementados por la religión y por tanto, con dificultades en este desarrollo. Con la propuesta moral del cristianismo mediante reglas que prohíben el contacto físico, los cuidadores o precursores de la enfermería encuentran restringida su capacidad de actuación, la cual suplen apoyándose en la consideración divina de la enfermedad y dando lugar a una atención centrada en la oración y los consejos morales, por lo que mientras que las habilidades técnicas tendían al olvido, las actitudes, enseñanzas y el acompañamiento moral pasan a establecerse como la principal orientación de toda actividad, adquiriendo un matiz casi técnico. A su vez, se incrementa el valor del cuidado espiritual en dos situaciones especiales que además, suponen un cambio frente a la medicina griega: por un lado en la enfermedad incurable y en los enfermos que hoy en día denominamos pacientes paliativos, ya que en la época anterior para no ir en contra de la *phýsis*, no se abordaba al enfermo, mientras que los cristianos continúan ese acompañamiento podríamos decir que, psicológico y que mediante los sacramentos como la unción de enfermos, también abordan el consuelo espiritual.

Además esa rigidez en la conducta moral no era únicamente aplicable al enfermo, sino que se extrapolaba a los cuidadores, de manera que se consideraban rasgos de excelencia “*la religiosidad, la caridad, la humildad y la obediencia*” (13), entendiendo la obediencia como la pérdida de criterio propio y sumisión a los profesionales de rango superior, ya fuese el sacerdote o el médico.

Desde un punto de vista objetivo, no sólo la enfermería perdió oportunidades de investigación, sino que la ciencia y el conocimiento en general se vieron estancados durante la denominada Alta Edad Media³² y conocida como *Época Oscura*. El apodo hace referencia a la interrupción de la cultura que se produce al pasar a ser acogida bajo el manto de la Iglesia, de la misma manera que ocurre con la medicina y los inicios de la enfermería.

³² La Alta Edad Media se extiende desde el año 476 al 1000 aproximadamente, en el que se produce el resurgir económico y cultural de la sociedad.

Este nuevo modelo decadente de organización socio-cultural se encuentra agravado por la grandes epidemias acaecidas, lo que supone una carencia de recursos para la asistencia médica y se potencia más el cuidado caritativo y espiritual, devaluándose la importancia de las técnicas curativas y organizando a su vez una nueva agrupación de magos, hechiceros y brujas que sustituían éstas últimas.

Paralela a esta realidad, en el año 622 con la peregrinación de Mahoma a la Meca, nace el Islam, cuyos fieles se pasan a denominar musulmanes y, su Dios, Alá. En su comienzo delimitada en Arabia, pronto comienza la conquista del imperio persa, parte del Imperio romano y el reino visigodo. Al igual que se produce su expansión territorial, también se da la cultural, siendo cuna de ilustres médicos autores de obras que aún se conservan. A pesar de no poseer amplios conocimientos anatómicos (debido a la consideración de impureza de los cadáveres), eruditos como Abu Ali al-Husayn ibn Abdullah ibn Sina³³, Musa ibn Maymun³⁴ y Abū l-Walīd Muhammad ibn Ahmad ibn Muhammad ibn Rushd³⁵ son los responsables de la introducción del pensamiento aristotélico en la filosofía medieval y a nivel técnico, el tributo a la farmacología gracias a su base de conocimientos químicos. La concepción filosófica del Islam acerca de la enfermedad es similar a la del cristianismo, y descrita por los sabios ya nombrados: la enfermedad es enviada por Alá, pero al contrario que en el cristianismo que supone un acercamiento al sufrimiento de Jesucristo y es un método de purificación del alma, los musulmanes la toman como una prueba enviada para valorar la fidelidad y la tolerancia al sufrimiento.

Retomando la cronología en Occidente, otro hecho distinguido que va a iluminar la línea argumental que orienta este documento, es la fundación de la Escuela de Salerno. Esta se origina en el s. IX como la primera escuela de medicina laica y, aunque no está demostrado, dice la leyenda que dicha Escuela “*fue fundada por cuatro médicos: uno judío, uno griego, uno árabe y uno latino*” (6). Ésta es considerada la primera Universidad de Medicina de Occidente, y es de destacar el programa de estudios que poseían: el comienzo de la instrucción era durante tres años de “pre-medicina”, dedicados al estudio de Lógica, Filosofía

³³ Avicena (980-1037) fue un médico, filósofo y científico persa. Responsable de más de 300 textos, es conocido por la autoría de *El Canon de la Medicina*, considerado uno de los principales libros para la formación médica a lo largo de muchos siglos.

³⁴ Maimónides (1138-1204), nacido en Al Ándalus (Córdoba), fue médico, teólogo y filósofo judío, destacando principalmente por esto último.

³⁵ Averroes (1126-1198) fue un jurista, astrólogo, filósofo y médico nacido en Al Ándalus. Se le considera el comentarista por excelencia de la obra de Aristóteles.

y Literatura; cinco años de Medicina y Cirugía y finalmente, un año de prácticas bajo la supervisión de un médico prestigioso. De forma que desde sus orígenes, la Universidad ya formaba a sus alumnos dentro de las disciplinas de humanidades. El código por el que se regía (Regimen Sanitatis Salernitanum), apostilla lo siguiente: “*si tibi deficiant medici, medici tibi fiant haec tria, mens laeta, requies, moderata diaeta*” (13).

Con este resurgir del conocimiento, gracias a un período sin guerras, se da lugar la segunda etapa, la Baja Edad Media (s. XI-S. XV). Se produce la creación de un nuevo estamento social, la burguesía, con el cual se da un movimiento de población hacia las ciudades que provocan el hacinamiento de las personas y las malas condiciones higiénicas. Esto, junto con el resurgir de los períodos bélicos, facilita el resurgimiento de epidemias, como la peste, la lepra o la enfermedad del sudor. La masificación de enfermos favorece que el cuidado sea absorbido por órdenes, militares, religiosas y seglares, lo que siguió sugiriendo una enfermería intervenida por la Iglesia.

2.6. EDAD MODERNA

Considerándola como la cuarta etapa histórica, es la cuna de una revolución en todos los aspectos de la sociedad hasta el momento conocida. Sus límites temporales sufren variaciones dependiendo de los hechos que se escojan como referencia: si bien para algunos su comienzo se produce con el descubrimiento de América en 1492, otros lo asocian a la conquista de Constantinopla por parte de los turcos. En cuanto a su finalización, la mayor parte de los autores afirman que se sitúa tras la Revolución Francesa en 1789. Es decir, la Edad Moderna se considera que abarca los siglos del XV al XVIII.

Es un período de tiempo notoriamente extenso, en el cual como ya se ha dicho, se modifican todas las pautas establecidas y por tanto, se produce un cambio en la concepción que tienen las personas sobre sí mismas y en el concepto de la salud-enfermedad, lo que repercute en las profesiones ligadas a ello. Para poder comprender toda la revolución en el pensamiento, en primer lugar se va a hacer una representación de los principales factores que llevan a que se produzca este cambio, se continuará haciendo una breve exposición de los grandes avances en el terreno médico y finalmente se reflejarán las diversas corrientes filosóficas de pensamiento, con sus correspondientes metodologías a la hora de la docencia médica, su concepción de la salud-enfermedad y del enfermo como persona.

Siglo XVI³⁶

“Es la etapa de la recepción y revisión de la cultura helénico-romana; de la afirmación enérgica de la dignidad natural del hombre, poniendo el acento, al hacerla, ya en la inteligencia racional, ya en la libertad del ser humano; creciente valoración positiva del mundo sensible y de la vida en él; es el auge social de la burguesía” (15), es con estas palabras con las que Laín Entralgo comienza el volumen dedicado a la Edad Moderna, reflejando grandes avances que darán lugar en esta etapa.

Comenzando con el análisis de los factores que provocan un giro tan pronunciado en el pensamiento desde la Edad Media hasta este nuevo período, destacan los sociales. Con una rápida aceptación al nuevo estamento social (la burguesía), el concepto de economía y la importancia de la posesión se establecen las bases de una sociedad precapitalista. A este “espíritu burgués”, se le asocia la ruptura en el pensamiento ligado a la importancia de la tradición, dando lugar a una visión “aventurera”, con la cual la persona se desliga de las costumbres y comienza a dar importancia a su vida como ser individual, a la propiedad de la misma, y por tanto se resalta la individualidad del yo como persona: se exalta el individualismo y se da más importancia a la vida actual que a la vida eterna. Esto también va ligado al comienzo de la secularización que ya se estaba produciendo en ciertos niveles durante la Baja Edad Media, que junto al protagonismo del yo, desembocan en una concepción de la persona poderosa, la cual mediante su voluntad y su razón, va a conseguir un gobierno técnico del mundo, mediante un avance tecnológico indefinido.

Este cambio en el pensamiento se ve reforzado por el sucedido a nivel intelectual: el hastío acontecido por la repetición durante la Edad Media del saber antiguo, el cual ha sido obtenido de las traducciones de obras árabes y al ser estudiadas en las Universidades, comienzan a detallarse las “corrupciones” dadas en las diferentes teorías, que no muestran la verdad en sí.

³⁶ Con el s. XVI viene asociado el Renacimiento, movimiento cultural enmarcado en Europa Occidental que abarca los siglos XV y XVI. Es la corriente que favorece la transición entre la Edad Media y la Edad Moderna. Influyente en todos los aspectos del pensamiento de la época, produce ciertos cambios relevantes: renovación de las ciencias (humanas y biológicas), recuperación del pensamiento de la cultura clásica (y, por tanto, se produce el resurgir de los clásicos) y la sustitución del teocentrismo medieval por el antropocentrismo. Este último punto supone retomar la curiosidad por el conocimiento de la naturaleza desde una perspectiva racional y a su vez, resaltar un individualismo científico, en el cual se considera al hombre el instrumento de medida.

No hay que olvidar que desde la fundación de la Escuela de Salerno, las Universidades³⁷ comienzan a florecer por toda Europa, convirtiéndose en la cuna del saber y del conocimiento, pudiéndose encontrar una división: la Universidad en sí, en la que se imparte una docencia y la Academia, donde se reúnen los intelectuales para poner en común sus descubrimientos. Este movimiento se encuentra inmerso en una nueva corriente de pensamiento, el Humanismo³⁸.

Influido por esta corriente, en las Universidades se hereda el modelo seguido en el medioevo de la medicina escolástica³⁹, la cual a nivel teórico, es la encargada de seleccionar los textos que serán estudiados por los alumnos y por tanto, se siguen manteniendo los autores selectos en la etapa anterior: Aristóteles y Galeno. Debido al intervencionismo ya citado, los alumnos aún en estos primeros años de la Edad Moderna siguen sufriendo el intervencionismo de los textos a analizar, por lo que finalmente obtienen prácticamente los mismos tratados modificados con las mismas teorías y conceptos anatómicos. Progresivamente la Universidad pasa de una medicina neoplatónica y se centra en la medicina galénica⁴⁰, obviando paulatinamente, aunque sin llegar a suprimir, la faceta aristotélica.

Otro de los motivos que favorecen el cambio social viene de la mano de la invención de la imprenta se inventa, lo que supone que el saber ya no es exclusivo de los eruditos que acuden a dichas instituciones del saber, sino que el conocimiento se va a encontrar al alcance

³⁷ Las que más relevancia adquieren son la Escuela de Traductores de Toledo (1085), la de Bolonia (Italia, 1089), Oxford (Inglaterra, 1096) y la de París (Francia, 1150).

³⁸ El Humanismo es una corriente de pensamiento, intelectual y filosófica ligada al Renacimiento (s. XIV- XVI). Se centra en la recuperación del humanismo clásico griego, resaltando la figura de la persona. Es con las reformas y la Contrarreforma cuando este movimiento comienza a perder adeptos, siendo sustituido por otras formas de pensamiento. Como personalidades ilustres dentro del movimiento destacan: Francisco Petrarca (considerado el padre del humanismo, refleja que para conseguir una verdadera humanidad, es necesario ser culto y estudiar a los clásicos); Giovanni Boccaccio (1313-1375); Erasmo de Rotterdam (1469-1536) abrió el debate entre protestantes y cristianos); etc.

³⁹ La escolástica es un movimiento teológico y filosófico utilizado por el cristianismo principalmente para la explicación de la naturaleza basándose en los clásicos grecolatinos. Esta corriente enfocada a la medicina da lugar a que las explicaciones de la salud-enfermedad mediante el uso de la razón sean supeditadas a la fe, y por tanto se base en un sistema autoritario en el que las decisiones médicas son supervisadas por un escolástico. Esto es lo que provoca el denominado hastío intelectual que colabora en la reforma del conocimiento. Este movimiento arroja autores como Anselmo de Canterbury, Tomás de Aquino o Guillermo de Ockham, entre otros.

⁴⁰ Galeno de Pérgamo (130-216 d.C.), educado por su padre bajo una filosofía estoica, fue discípulo de Asclepio para su formación médica. Si bien este teórico aporta numerosos conocimientos anatomo-fisiológicos, aporta a su vez su propia concepción fisiológica del cuerpo humano (basándose en el espíritu natural, vital y animal) y adoptando principalmente la concepción filosófica de la medicina presente en la época, es decir, muy similar a la hipocrática. Su concepción de la medicina se encuentra asociada en Occidente a lo largo de toda la Edad Media, puesto que corrobora la doctrina escolástica llevada a cabo por la Iglesia. Debido a ello, la denominada corriente galénica renovada vuelve a estar en auge en las Universidades del s. XV. (16)

de cualquier hombre culto, lo que supone que las corrientes de pensamiento predominantes en la época van a tener un alcance mucho mayor en la población.

También se debe valorar que el cambio del teocentrismo al antropocentrismo se encuentra respaldado por los movimientos reformistas de Lutero⁴¹ y Calvino⁴², ante los cuales la Iglesia Católica intenta retomar su poder mediante la Contrarreforma⁴³. Todo ello supone el cambio definitivo en el pueblo que se aferra al pensamiento humanista, ladeando en ciertos ámbitos, como el científico, la teoría del destino teológico ya acordado por Dios y sustituyéndolo por la explicación racional del ser humano.

Por todos estos motivos, son por los que “el hombre culto” de la época considera que ya es poseedor del saber real de los clásicos, sin la influencia de la Iglesia. Es entonces cuando al saber los movimientos principales que se producen en la sociedad de la época, podemos analizar la repercusión que tienen en la medicina.

En primer lugar, se produce una revolución anatómica, no sólo por parte de médicos. El naturalismo del siglo XV, principalmente en Italia, provoca a artistas como Verrochio, Miguel Ángel, Rafael o Leonardo da Vinci, a practicar disecciones con el fin de aumentar su conocimiento del cuerpo humano y plasmarlo con mayor realismo en sus obras. Estos conocimientos se ven sustentados por las *Tabulae Anatomicae*⁴⁴. Con la ampliación del saber anatómico, va de la mano el desarrollo quirúrgico, principalmente enfocado a la cirugía militar.

Al analizar el trato con el paciente, desde el punto de partida individualista, el paciente humanista comienza a exigir al médico ciertas responsabilidades, no sólo en cuanto a las acciones clínicas enfocadas al bienestar físico, sino a las responsabilidades, valga la

⁴¹ Martín Lutero (Alemania, 1483-1546), fraile agustino precursor de la reforma protestante en Alemania. Crítico con la degradación de la Iglesia en esa época, denunció la frivolidad en la que habían caído ciertos sectores de la Iglesia, así como promulgó el rechazo ante los bulos papales, promoviendo la vuelta a las doctrinas expresadas en la Biblia. Finalmente, en 1517 hace públicas 95 tesis en la Iglesia del Palacio de Wittenberg, en las cuales se denuncia la avaricia cometida por el Papa, entre otros temas.

⁴² Jean Cauvin (Francia, 1509-1564). Educado bajo la doctrina católica, estudió Teología, Humanidades y Derecho. En torno a su segunda década de vida, se convierte al protestantismo, siguiendo la doctrina luterana.

⁴³ La Contrarreforma es la respuesta de la Iglesia al movimiento iniciado con Lutero, la cual se inicia con el Concilio de Trento (1545-1563). Ésta intenta retomar la unidad espiritual perdida, para lo que promulga lo siguiente: la única interpretación válida de los textos es la dada por la Iglesia; importancia de la jerarquía eclesiástica; retomar las tradiciones sacramentales y la importancia de la salvación de los fieles. De la misma manera, se refuerza el papel de la Inquisición y de la prohibición de determinados textos.

⁴⁴ Seis tablas de anatomía publicadas por Andreas Vesalio (1514-1565), médico Belga también conocido por su obra *De Humani Corporis Fabrica*, con una importante influencia humanista.

redundancia, con el aspecto humano del enfermo. Es decir, se retoma la filosofía científico-natural de la enfermedad, promovida por Hipócrates. Sin embargo, dentro de los médicos asociados a esta corriente, podemos señalar cuatro subtipos: aquellos que se limitaban a la traducción de los textos de los antiguos y su práctica; los que según Laín, eran más “modernos” y se englobaban dentro de la medicina galénica (Jean Fernel, 1497-1558); los que a pesar de ser galénicos, perfeccionaban y aportaban novedades a sus teorías (Francisco Valles, 1524-1592) y finalmente, los médicos-filósofos los cuales a partir de los clásicos, desarrollaban una adaptación a las circunstancias de la época (Antonio Gómez Pereira, Juan Huarte de San Juan, Pietro Pomponazzi, etc.). Es por tanto este siglo, de la mano de la corriente humanista, donde se da la mayor exaltación de la medicina galénica.

Sin embargo, esta metodología asistencial ve frustrada de manera prematura su posicionamiento en el arte de la medicina, el cual con el comienzo del nuevo siglo, se ve sustituida por una corriente que se sitúa en una posición más cercana a la ciencia moderna y por tanto, también a la medicina moderna.

Siglo XVII

Sin hacer mayor referencia a los hechos históricos que marcan este siglo, es fundamental destacar el cambio vertiginoso que se produce en el ámbito científico y todas las ilustres personalidades ligadas al mismo. A continuación vamos a realizar un pequeño resumen de los principales descubrimientos en el ámbito de la medicina en este siglo.

Galileo Galilei⁴⁵ es el primero en inventar un objeto capaz de medir la temperatura en cuerpos inanimados. El testigo es recogido por Santorio Santorius⁴⁶, el cual crea el primer termómetro capaz de medir la temperatura del cuerpo humano. Con ello se derivan multitud de nuevas derivaciones del termómetro y también de escalas de medida, destacando la de Fahrenheit en 1717.

Una de las facetas que más interés causaba era el aumento de conocimiento sobre el cuerpo humano. De manera que en cuanto a los avances en anatomía, destaca William

⁴⁵ Galileo Galilei (1564-1642) fue un filósofo, astrónomo, ingeniero, matemático y físico italiano, cuyos avances (telescopio, 1ª Ley del Movimiento o el termómetro), son enmarcados dentro de la Revolución Científica.

⁴⁶ Santorio Santorius, médico italiano (1561-1636), considerado como uno de los fundadores de la corriente iatrofista o mecanicista, la cual se basa en la aplicación de la física a la medicina. Inventor del termómetro para el cuerpo humano y la báscula de uso clínico.

Harvey⁴⁷ gracias a su descubrimiento del sistema circulatorio mayor. Otros de los grandes avances en este tema fueron el conducto pancreático, los capilares pulmonares o las glándulas duodenales. No conformes con ello, y con la pretensión de alcanzar estructuras no visibles para el ojo humano, se dio la obligación de desarrollar instrumentos capaces de aumentar la percepción visual, “*dando lugar al microscopio de la mano de Johanen Jansen y su hijo Zacharias de Middleburg, en 1590*” (15).

Siendo estos algunos de los inventos más novedosos de la época, podemos imaginar la resonancia que tuvieron en la práctica médica y las transformaciones a las que dieron lugar, y por tanto, que el hombre del momento se creyese capaz de dominar el mundo mediante su razón, de la que deriva la famosa frase de Sir Francis Bacon⁴⁸: “*Saber es poder*” (15). Gracias a todos estos avances, precursores como Paracelso⁴⁹, Vesalio o Harvey, los que comienzan a identificar los errores en las teorías y explicaciones galénicas y comienzan a demandar un espíritu científico impregnado en la sociedad, “*se busca el conocimiento científico de la naturaleza humana a través de las aportaciones de la física, química y biología*” (15).

En este punto, comenzamos a profundizar en las corrientes científicas y filosóficas de la época, y la interpretación que da cada autor a cada una de ellas que, en innumerables ocasiones, surgen de la convergencia de varias de las corrientes vigentes.

Racionalismo

Es una corriente filosófica desarrollada y puesta en práctica en Europa a lo largo de los siglos XVII y XVIII de la mano de René Descartes⁵⁰. “*Se destaca la importancia de un razonamiento a priori como método adecuado para avanzar en el conocimiento*” (17), siendo más preciso aún al afirmar que únicamente mediante el uso de la razón se podría llegar al conocimiento. A su vez, Descartes establece que es la geometría, junto con las matemáticas,

⁴⁷ William Harvey (1578-1657), médico inglés conocido como el padre de la fisiología moderna gracias a su descubrimiento y demostración de la circulación mayor de la sangre, la cual se plasma en su obra *Exercitatio anatomica De Motu Cordis et sanguinis in animalibus*.

⁴⁸ Sir Francis Bacon (1561-1626) fue un filósofo, político y escritor, quien ostentó numerosos títulos, entre los que destacan ser el primer barón de Verulam y Canciller de Inglaterra. Figura destacable en el desarrollo del método científico, tuvo una postura relevante en el desarrollo del empirismo.

⁴⁹ Paracelso, cuyo verdadero nombre era Theophrastus Phillippus Aureolus Bombastus von Hohenheim (1493-1541), fue un alquimista y médico suizo. Curiosas son las controversias entre su querencia en cuanto a romper con las concepciones médicas de la Grecia Antigua y a su vez, su creencia mística de la naturaleza de la misma.

⁵⁰ Renatus Cartesius (1596-1650), hombre de ciencias el cual estudió matemáticas, física y filosofía, es conocido como el padre de la filosofía y la ciencia modernas.

las herramientas perfeccionadas por nuestra razón y mediante las cuales, son deducibles el resto de ciencias, incluyendo la filosofía.

Bajo el racionalismo, científicos como Popper y Einstein, utilizan un método deductivo, en el que primero se enunciaba una teoría y posteriormente se realizaba su experimentación. Popper argumenta que la ciencia y el conocimiento iban a evolucionar más rápido mediante las conjeturas y, si tras la experimentación de las mismas los resultados no eran adecuados, se modificarían las primeras.

Al considerar como única fuente de conocimiento la razón y los conocimientos desarrollados bajo las ciencias exactas, descarta como fuente de saber cualquier disciplina derivada de los sentidos, ya que inducen al engaño. De esta manera, se pasa a buscar una explicación del cosmos y de la naturaleza a partir de formulaciones matemáticas, por lo que es éste mismo el proceso utilizado en la medicina.

Por una parte, desde el racionalismo se contempla las nuevas bases del conocimiento de la enfermedad, *“desde los presocráticos, dos son, como sabemos, las reglas básicas para el conocimiento científico de las cosas: el principio de la autopsia («visión por uno mismo») y el principio de la hermeneía («interpretación», metódica y racional referencia de «lo que se ve» a «lo que es»)”* (15). Mediante la autopsia, se tiene una observación directa de la realidad física y, a través de la hermeneía, se realizará una reducción de lo observado a las leyes científicas y tras la aplicación de una discusión metafísica, se obtendrá el conocimiento. Sin embargo, mediante este protocolo, únicamente se puede aspirar a alcanzar el conocimiento de la *“res extensa”*. Éste término se encuentra delimitado dentro del dualismo cartesiano, movimiento propiciado dentro del mecanicismo de Descartes, en el cual se desarrolla el concepto de que el mundo está compuesto por la *“res extensa”* (la materia) y la *“res cogitans”* (espíritu), unidos en el hombre.

Esta nueva concepción del hombre favorece que la medicina se centrara únicamente en el aspecto material, eludiendo su responsabilidad sobre los problemas del espíritu y pasando a considerar la enfermedad un proceso tan natural como la salud y el bienestar físico. *“Con eso se inicia el proceso de deshumanización al negar la unidad psíquico corporal, la que siempre se consideraba en el tratamiento del enfermo”* (18), por lo que se comienza a considerar que el médico es el poseedor del conocimiento de lo material, y por tanto, es la *“res extensa”* la causante de la enfermedad y su único objetivo a tratar. Sin embargo, se

contempla, que puede haber ocasiones en las una alteración de la “*res cogitans*” ocasione alguna alteración, dando lugar al nacimiento de la psicología moderna por parte de Luis Vives⁵¹. Si se extrapola el dualismo cartesiano a otra de las facetas que no era considerada objetivable en la persona, la ética, se defiende que existen ciertos principios éticos innatos a la naturaleza de la persona, los cuales afirma esta psicología moderna.

De esta manera, haciendo un análisis del racionalismo en la medicina, se vislumbra como progresivamente el científico se va apoderando del médico, y éste comienza a centrarse únicamente en el ámbito biológico de la persona, apartando de sí todo aquello que no es explicable mediante las ciencias exactas. Se destierra a un plano inferior la entrevista con el paciente y su narrativa de las experiencias sufridas, puesto que estas no son objetivas y se encuentran modificadas por el subjetivismo, y destacando el discurso científico aportado por el médico en base a la observación de los signos presentes.

Panvitalismo

Corriente entendida como predecesora del organicismo, el cual se explicará posteriormente, es en el siglo XVII cuando el panvitalismo adquiere su mayor auge de la mano de Paracelso y van Helmont⁵². Opuesta totalmente al racionalismo, se mezclan diversos conceptos.

Su concepción principal es que “*Dios ha creado el mundo para que el hombre, desde su capacidad humana, pudiese comprenderlo y gobernarlo*” (19). Sin indagar en la explicación panvitalista del cosmos, se contempla a grandes rasgos que el universo es una sinergia entre “*cualidad*” y “*fuerza*”, haciendo referencia a las definiciones de los clásicos griegos. Bajo esta corriente el hombre se comprende como “*una imagen finita de Dios, viviente y cognoscentemente situada entre la divinidad del Creador del cosmos y el cosmos así creado y constituido*” (15). Así se recupera una visión cristiana, frente a la decadencia que había tenido la escolástica y devolviendo a la práctica médica la clasificación presocrática del hombre ante un examen clínico: *eidológica* (anatomía descriptiva), *estequiológica*, genética (antropogenia) y dinámica (fisiología y psicología).

⁵¹ Luis Vives (1492-1540) es considerado el padre de la psicología moderna al centrar su actividad en la manifestación de las alteraciones psicológicas a través de la observación de sus síntomas que al estudio de la naturaleza del alma.)

⁵² Jan Baptista van Helmont (1580-1644) fundador de la concepción panvitalista junto con Paracelso, aplicó esta corriente filosófico-científica a las múltiples ramas de su saber: química, física, alquimia y medicina.

En este punto se centran dos conceptos sumamente importantes a la hora de entender las contradicciones filosóficas en la medicina de este siglo: frente al racionalismo y al empirismo (que se explicará a continuación), y los cuales fomentan el dualismo cartesiano, provocando una tendencia al reduccionismo biológico de la persona, el panvitalismo apuesta por recuperar la concepción cristiana del alma y a incluir como parte fundamental de la asistencia médica la esfera psicológica y espiritual.

En primer lugar, como teoría fisiológica, Paracelso propone la tridimensionalidad del ser humano: un “*corpus inferior*” o bestial; un “*corpus intermedio*” o sidéreo” y un “*corpus superior*” o invisible, que representaría la parte espiritual del hombre y, por tanto, el alma cristiana. De manera que la enfermedad pasa a ser concebida como antiguamente, la cual se debe a una alteración “morbosa” de cualquiera de los tres “*corpus*” y por tanto, Paracelso muestra cuáles son los pilares en los que debe basarse el médico para conseguir un conocimiento completo de los agentes causantes de la enfermedad. En primer lugar, el profesional debe tener un amplio conocimiento de la filosofía, puesto que “*la filosofía es naturaleza invisible, y la naturaleza, filosofía visible*” (15); en segundo lugar, debe aprender astronomía, para lo que argumenta que si bien para las dimensiones inferior e intermedia no sería necesario, los astros si influirían a nivel espiritual en el paciente, aportando un matiz ontológico a la enfermedad.

De la misma manera que considera los aspectos espirituales como proceso de la enfermedad y faceta a tratar, en la terapéutica incluye aspectos religiosos, comparando al médico con un apóstol: “*el médico se asemeja a los apóstoles, y no es ante Dios menos que ellos*” (18), haciendo referencia a englobar la patología del alma en el tratamiento, y por tanto, dando especial importancia a la entrevista con el paciente.

Empirismo

El empirismo es considerado junto con el racionalismo, el principal movimiento del siglo XVII y a su vez, totalmente contrario al primero. Según López Piñero⁵³, los adeptos a esta teoría defienden como “*única capacidad de conocimiento científico la experiencia sensorial*” (20).

⁵³ José María López Piñero (Murcia, 1933- Valencia, 2010), fue un médico e historiador español, discípulo de Pedro Laín Entralgo y especialista en Historia de la Medicina. En 1985 funda el Instituto de Historia de la Ciencia y la Documentación. Galardonado con numerosos reconocimientos, algunos de ellos son la Gran Cruz de Sanidad, la Encomienda con Placa de Alfonso X el Sabio o el Premio Alberto Sols de Investigación Médica.

Como principal fundador del empirismo situaríamos a Francis Bacon y John Locke⁵⁴, el cual basándose en el espíritu individualista de la persona y su afán de conocimiento y experiencia, considera que a través de un método inductivo, se puede generalizar la observación al resto de sucesos naturales.

En el ámbito médico, cabe destacar dos corrientes diferenciadas: la aplicación del empirismo a la dimensión física y por otro lado, al ámbito de la psicología. Atendiendo al primero de ellos, el empirismo se centra en la descripción completa de “nuevas enfermedades”, las cuales no son tal, sin embargo mediante la observación de diferentes pacientes, vislumbran la similitud de determinados síntomas y por tanto, las agrupan bajo el mismo término. Al igual que en el racionalismo, la figura del médico se alza como autoritaria y poseedora del saber, declinando la faceta humana de la persona.

Por otra parte, y bajo el mismo criterio de recogida de datos empíricos, Watson y Skinner, ambos psicólogos, se basan en el método inductivo empirista para comenzar el desarrollo del conductismo⁵⁵, generalizando observaciones a partir de un grupo de población estudiada.

Finalizando este siglo, podemos observar la sustancialidad del cambio producido en el pensamiento: dentro del propio movimiento de la Ilustración Europea y de lo que entendemos como Etapa Moderna de la historia, en el primer siglo se produce una exaltación de la faceta humanista y se mantiene el cuidado espiritual de la persona como dimensión propia del ser, y sin embargo, en el siglo XVII, se establecen las bases de una mentalidad racionalista en todos los aspectos de la vida, y por tanto también en la medicina. Es en este punto de separación de la dimensión espiritual de la corporal, el cual nunca antes se había contemplado en la medicina, en el que se va a respaldar la práctica de los próximos siglos, con multitud de corrientes de pensamiento que van a favorecer la dualidad cuerpo y alma, a la par que su concepción diferenciada.

⁵⁴ John Locke (1632-1704) fue un médico y filósofo inglés, precursor del empirismo en Inglaterra. A su vez, tuvo una gran influencia a nivel filosófico al promover un sistema político liberalista, el cual influyó en personajes como Rousseau o Kant. Su mayor repercusión la obtuvo al proponer que el “yo” era una continuación de la conciencia, la cual iba modelándose a través de las experiencias sensitivas, pensamiento opuesto a la teoría cartesiana y en la cual se basaron otros autores como Hume.

⁵⁵ Corriente psicológica basada en la relación existente entre la asociación de una respuesta a un estímulo concreto en el comportamiento humano.

Siglo XVIII

Conocido como el siglo de las luces, asociado a la luz de la razón, debido a la corriente que ya había comenzado a finales del siglo pasado y, la cual consigue su máximo esplendor en el actual, la Ilustración. De índole filosófica, política y social, la Ilustración acoge algunos acontecimientos de marcado carácter renovador, entre ellos, la Revolución Francesa, la cual tuvo una marcada influencia por parte de los intelectuales adeptos a este movimiento.

En cuanto a la relación médico-paciente, se mantiene una racionalización y tecnificación del trato, siguiendo la tendencia del dualismo cartesiano. Hay que hacer una reseña en cuanto a la unificación por parte de los autores consultados y nombrados a lo largo del documento, de la similitud que se encuentra desde finales del siglo XVII hasta principios del siglo XX en cuanto a la interpretación que se cursa desde el ámbito de la medicina de las corrientes filosóficas y de pensamiento que marcan el “saber hacer” de su práctica y capacitan al profesional de una visión crítica adaptada a la época. De esta manera, tras el nacimiento de las dos corrientes que más van a influir en la exaltación de la razón, el empirismo y el racionalismo, y la posterior divergencia de su influencia en múltiples movimientos en el siglo XIX, la Ilustración supone una época de cambios cuantitativos en muchos aspectos, pero en lo que a la medicina respecta, supone una continuación del siglo anterior en relación al análisis de la percepción de la enfermedad.

En cuanto a los avances científicos con aplicación médica, ya iniciados en gran medida en el siglo anterior, continúan a nivel instrumental y por tanto, también se da una evolución a nivel metodológico. El esfingomanómetro y el estetoscopio fueron los descubrimientos más significativos de la época, ya que permitían indagar en parámetros clínicos de gran importancia, como la presión arterial. Se potencia por tanto, igual que ocurrió anteriormente, que el médico (y con ello extensible a todo hombre de ciencias), continúe apostando por la supremacía y el poder que puede alcanzar el hombre mediante los avances conseguidos por la razón. Es una visión positivista de la realidad la que se encuadra dentro de la Ilustración, en la que verdaderamente, a través del análisis de la realidad mediante la razón y la aplicación de los descubrimientos acontecidos, se ha conseguido un cambio que termina de sucumbir en este siglo: la progresiva secularización, tanto de la medicina como de los próximos inicios de la enfermería tal y como la contemplamos actualmente; la ruptura con el

intervencionismo escolástico y la censura acaecida en la reproducción de las obras clásicas; el afianzamiento de la dualidad cartesiana y la renovación en la formación universitaria para preparar a los profesionales ante la nueva realidad del ejercicio de su profesión.

Para establecer un orden de los aspectos a estudiar, comenzaremos por la formación que reciben en esta época los estudiantes de medicina. En una etapa histórica donde la Revolución Francesa defiende la igualdad y promulga el saber enmarcado en un hombre culto (como principal exponente sería la redacción de la enciclopedia), el saber o sale de las Universidades en cierta medida. Esto es debido a que para los intelectuales de la época, éstas instituciones seguían ancladas en teorías explicativas de los clásicos y por tanto galénicas, cuando en la realidad, el médico se enfrentaba a continuos problemas racionales para explicar las nuevas observaciones realizadas en el organismo de los pacientes mediante teorías mecanicistas y panvitalistas. Por ello comienzan a crearse academias médicas, en las que se instruye a los alumnos en los novedosos conocimientos anatómicos, fisiológicos, quirúrgicos y sobre todo, clínicos, exponiendo la importancia de una anamnesis y de una exploración sistemática e instrumentalizada del paciente, reseñando la importancia de lo objetivo frente a los datos aportados por el paciente y por tanto subjetivos. La concepción de persona aportada es mucho más objetiva que anteriormente, según Mateo Zapata⁵⁶, la persona es un “*admirable artificio mecánico, o máquina hidráulico pneumática, compuesta de cuerpos fluidos que corren a diversas partes, de filtros, canales, cisternas, cribos, filamentos, trabas, cordeles, vectes, telas y glándulas, que son las varias oficinas o laboratorios donde la diestra docta sagaz naturaleza chymicamente prepara las cocciones, filtraciones, precipitaciones y edulcoración de los sucos*” (21), definición puramente técnica centrada únicamente en el cuerpo de la persona y perteneciente al mecanicismo como corriente que afirma la similitud del hombre con la máquina.

⁵⁶ Diego Mateo Zapata (Murcia, 1664-1745), estudió filosofía en la Universidad de Valencia y Medicina en la Universidad de Alcalá de Henares. Es uno de las figuras españolas más relevantes en referencia a la Ilustración a nivel nacional y en cuya persona se observa una sustanciosa evolución. Partidario y defensor en sus orígenes de la medicina galénica, progresivamente modifica sus argumentos hasta un posicionamiento puramente novator: partidario de la anatomía de Harvey y de la teoría atomista, le valió un arresto por parte del Santo Oficio con el fin de silenciar su postura. Finalmente murió bajo el influjo del empirismo plasmado en obras como *Verdadera apología de la Medicina racional filosófica, y debida respuesta a los entusiasmos médicos que publicó en esta corte y Ocaso de las formas aristotélicas*.

Al igual que en épocas pasadas, encontramos corrientes contrapuestas, en este caso el vitalismo⁵⁷, recogida por d'Holbach⁵⁸ y plasmada en su obra *El sistema de la Naturaleza*: “*el hombre físico es el hombre que actúa bajo el impulso de causas cognoscibles mediante los sentidos; el hombre espiritual es el hombre que actúa por causas físicas que nuestros prejuicios nos impiden conocer*” (22).

Es en este plano conceptual donde se enmarca la actividad médica, siguiendo las líneas marcadas en el siglo XVII y que como se expondrá a continuación, seguirán marcando la atención del paciente en el siglo XIX.

2.7. EDAD CONTEMPORÁNEA

Esta etapa histórica engloba el período de tiempo comprendido entre la Revolución Francesa y la actualidad, y con ello, los siglos XIX y XX completos y, lo que podríamos considerar, la actualidad en el dilema que nos compete dentro de la década y media del tercer siglo, el XXI.

Siglo XIX

Con el cambio de etapa, y aunque no debe nublar la historia de Europa el objetivo de este trabajo, es oportuno trazar unas breves pinceladas, al igual que se ha hecho anteriormente, de los principales rasgos sociales y políticos que se encuentran vigentes.

En el orden sociopolítico, la Revolución Francesa rompe con el Antiguo Régimen, aunque no es extensible: continua habiendo en Europa resquicios de totalitarismo. En la sociedad, la clase media, el hombre burgués que aspira desde hace varios siglos a racionalizar la sociedad, se convierte en el principal beneficiario de la Revolución Industrial (siglo XVIII), que ayuda a dar el salto de una sociedad precapitalista al capitalismo mercantil. También se transforma por tanto los estamentos sociales, estableciéndose una clase alta (compuesta por la antigua nobleza y la burguesía), una clase obrera (el proletariado) y una reducida clase media (principalmente pequeños comerciantes), estructura que será causante de la Revolución de la Clase Obrera.

⁵⁷ Albrecht von Haller (1708-1777), médico y filósofo que se opone a considerar al cuerpo humano como una máquina, argumentando la existencia de una “fuerza vital”, que es la que mueve y permite la sensibilidad de la persona.

⁵⁸ Varón de d'Holbach (1723-1789), filósofo franco-alemán, noble figura dentro de la Ilustración francesa y colaborador de la Enciclopedia.

Con la revolución, la persona mantiene su salud como un bien primordial, es un bien de producción que permite mantener su situación laboral. Por ende, la enfermedad pasa a contemplarse como el mayor mal que puede acontecer al hombre a la vez que se produce un cambio en el patrón de la misma, debido a la influencia del modelo social: comienzan a ser vas evidentes las enfermedades neuróticas y los problemas psiquiátricos debido al nuevo modelo de competencia social, debutan enfermedades asociadas a la clase obrera, como el raquitismo y se dan varias epidemias (cólera, meningitis, gripe, peste, etc.) (12).

En cuanto a las modificaciones que nos conciernen, la medicina va establecerse principalmente según tres corrientes: el “*eclecticismo, positivismo y el evolucionismo*” (23).

Eclecticismo

Para poder comprender a los filósofos de esta escuela en el siglo XIX, hay que retroceder brevemente y exponer dos corrientes previas que abarca el eclecticismo: el idealismo y el neokantismo como principales, valorando que hay muchas otras que bien por no tener la suficiente influencia en el mundo de la medicina o por no haber tenido gran relevancia a nivel nacional, no vamos a desarrollarlas, como podrían ser el Espiritualismo⁵⁹ o el Sensismo⁶⁰, opuestas ambas al materialismo.

Comenzando por el idealismo de Hegel⁶¹, se denomina a aquella corriente que “*defiende la primacía del espíritu, la conciencia, y que considera la materia y la naturaleza, como algo secundario*” (24), es decir, en mitad del siglo de la Revolución Industrial y del precapitalismo, y habiendo heredado una sociedad empirista y racionalista, el idealismo recupera esferas espirituales olvidadas a los ojos de la ciencia.

⁵⁹ La RAE lo define como: Sistema filosófico que defiende la esencia espiritual y la inmortalidad del alma, y se contraponen al materialismo”.

⁶⁰ Según la RAE: “*Teoría filosófica según la cual el origen de todo conocimiento radica en la percepción sensible*”.

⁶¹ Georg Wilhelm Friedrich Hegel (Stuttgart, 1770-Berlín, 1831), es un filósofo alemán representante del idealismo. Es característico en su obra la intención de abarcar numerosos temas: la explicación del materialismo marxista, la crítica a la metafísica de Nietzsche o al pensamiento de Sartre.

En segundo lugar, el neokantismo surge como una recuperación de la ideología de Immanuel Kant⁶², que se extiende en Europa en la segunda mitad del siglo XIX y en los primeros decenios del siglo XX por América Latina.

Kant critica el radicalismo generado en el siglo XVIII y la Ilustración en torno al empirismo y racionalismo, afirmando en su hipótesis original, recogida en su principal obra *Crítica de la Razón Pura*, que tanto la experiencia como la razón son fuentes de conocimiento: “*todo nuestro conocimiento empieza con la experiencia, pero no todo procede de ésta*” (27). Este postulado es aplicable tanto como explicación para las ciencias naturales como para las humanidades.

En el calado que tiene el neokantismo en la medicina, López Piñero argumenta que el principal representante de esta corriente en esta disciplina es Laín Entralgo, debido a su concepción de “*la práctica médica, entendida esta como el arte de ayudar a la curación de un hombre enfermo, y la patología, definida como el saber científico acerca de la enfermedad. La medicina o la práctica médica se halla orientada por la realidad misma del ser sobre el que recae; es decir, por la condición personal de la enfermedad y del enfermo. En términos kantianos la medicina responde a la instancia de la “experiencia”, y la “idea” está dada por el saber patológico*” (28), y por tanto según esta escuela, no hay una posible disgregación entre la experiencia y la idea sobre la persona enferma, ya que sin la cual no se obtiene el completo conocimiento. Esta es quizá, a título interpretativo personal, y con claras diferencias, un comienzo ante la recuperación de la importancia de la multidimensionalidad antigua de la persona y la cual comienza su auge hasta el momento actual.

Ahora bien, habiendo comprendido las dos escuelas filosóficas anteriores, podemos indagar en el eclecticismo. Si bien en España surge en el siglo XVIII como alternativa a la escolástica, es en Francia en el XIX donde adquiere mayor interés en la persona de Víctor Cousin⁶³. Cousin mediante su filosofía eclecticista, pretende unificar las ideas en las que se basan cuatro corrientes: el sensualismo, el idealismo, el escepticismo y el neokantismo, teniendo por tanto una visión de la enfermedad y de la persona muy similar a estas corrientes.

⁶² Immanuel Kant (Prusia, 1724-1804), es un filósofo ilustrado considerado uno de los más influyentes pensadores en la filosofía moderna. Considerado el principal representante del criticismo, ayudó también en la divulgación del idealismo en Alemania. Kant ayudó en el desarrollo de diferentes trabajos en varias disciplinas científicas, pero su principal aportación fue la creencia de haber encontrado un punto en común entre el empirismo y el racionalismo, enunciado en el cual se basa el neokantismo.

⁶³ Víctor Cousin (1792-1867), filósofo francés considerado el padre del Eclecticismo.

Positivismo

Corriente filosófica imperante por excelencia del siglo XIX, su origen se remonta a los siglos XVI y XVII cuando sus enunciados son promulgados por Francis Bacon, y por tanto derivada del empirismo. Posteriormente, en el siglo que estamos analizando, es representada y extendida por toda Europa a través de Saint-Simon⁶⁴ y Auguste Comte⁶⁵. Continúa la conciencia del empirismo, situando como único método de conocimiento el método científico, y por tanto únicamente es fiable como origen de datos válidos aquellos hechos verificados por la experiencia. Laín Entralgo argumenta que, el positivismo es utilizado como justificación del naturalismo⁶⁶ en el ámbito médico, y que a su vez, es el positivismo la consecuencia de contemplar al ser humano como objeto de estudio científico según el movimiento ilustrado de la Revolución Francesa.

Siguiendo con la descripción del mismo autor, los principios del positivismo se resumen en los siguientes guiones:

- *“No es en rigor científica y no posee, por tanto, sentido verdaderamente real, toda proposición que no pueda ser reducida al enunciado de hechos particulares o generales.*
- *Para trocarse en hechos verdaderamente «científicos», los datos suministrados por la observación sensorial -sea ésta directa, mensurativa o experimental- deben ser inductivamente ordenados en «leyes», cuyo sentido próximo es la predicción de los*

⁶⁴ Claude-Henri de Rouvroy (París 1760-1825), filósofo y sociólogo francés es originario a través de sus obras del posterior movimiento del socialismo utópico.

⁶⁵ Isidore Marie Auguste François Xavier Comte (Montpellier, 1798-París, 1857), es considerado el creador de la antropología moderna y principal precursor del positivismo. Fue secretario de Saint-Simon, al que abandonó debido a continuas discrepancias. Continúa la tarea ya comenzada por Bacon en la que se establece la razón como única medida de capacitación para la utilización del método científico, el cual es la única vía del conocimiento de la realidad, renegando por tanto del humanismo tradicional y la metafísica. Su filosofía nace en un momento histórico en el que se enfrenta a la mentalidad ilustrada de Voltaire y Rousseau. Dentro de su teoría, destaca la organización piramidal de las ciencias, argumentando que sin el conocimiento y la aportación de la disciplina situada en el nivel inferior, no se puede conseguir el manejo de la superior. A su vez, establece tres niveles de conocimiento: el teológico, el metafísico y el positivo, el cual es el más deseado ya que supone el conocimiento de la razón.

⁶⁶ El naturalismo metafísico o naturalismo ontológico es una corriente filosófica que considera la naturaleza como única realidad, en la que se produce una interacción de fuerzas. A su vez, rechaza la existencia de una dimensión espiritual o sobrenatural, las cuales no puedan ser explicadas mediante la naturaleza. Se consideran cuatro momentos principales en la historia donde esta corriente tuvo relevancia: en la antigua Grecia, a través del estoicismo y del epicureísmo; con Leonardo da Vinci en el Renacimiento; en la Edad Moderna, principalmente con los autores de la *Encyclopédie* y finalmente, en la actualidad a través de numerosos autores que defienden un neonaturalismo, más alejado del materialismo y del mecanicismo que el anterior movimiento y con un concepto de naturaleza más amplio.

fenómenos futuros y cuyo último sentido es el progreso de los hombres hacia una vida cada vez más satisfactoria.

- *Nuestro conocimiento de la realidad no puede ser absoluto; la relatividad gnoseológica (la posesión de un nuevo sentido corporal nos daría una ciencia también nueva), la relatividad histórica (a cada situación· corresponde un modo de saber) y la negación de la metafísica (sólo hechos positivos y leyes podemos conocer con certidumbre), serían la consecuencia de esa radical incapacidad de la razón —de la razón, no del sentimiento— para acceder humanamente a «lo absoluto».” (23).*

De esta manera, bajo esta corriente la ciencia pretende elevarse sobre otras disciplinas que no se basan en hechos positivos, como las ciencias de humanidades, las cuales ellos consideraban que obtenían sus conocimientos a través de la especulación. Esta concepción divisoria de las “diferentes ciencias”, surge a mitad del siglo XIX bajo este movimiento, el cual las divide en “«*ciencias duras*» aquellas que se ajustan al método científico, como la física o la biología, y «*ciencias blandas*» o literarias, más específicamente las humanistas o filosóficas” (26), siendo las ciencias sociales (sociología, psicología, economía, politología e historia) un conjunto de disciplinas que los propios defensores del positivismo intentan reorganizar para poderlas agrupar dentro de las “ciencias duras”. Es debido a estas divisiones, que el conocimiento comienza a disgregarse desde la formación Universitaria, y por tanto, la posterior evaluación del paciente irá orientada únicamente desde el punto de vista científico.

Se considera que el positivismo irrumpe en medicina a través de Françoise Magendie⁶⁷ al declarar que “no concedía crédito más que a sus ojos y a sus oídos y desconfiaba de su cerebro” (23) y Laín Entralgo añade que: “Nada tiene de extraño que, con la penetración del positivismo en el pensamiento médico, comenzase el patólogo a despegar la “causa morbosa” del “proceso morboso”, haciendo caso omiso tanto de la naturaleza específica y de la situación propias del cuerpo enfermo, como del sentido que tiene la enfermedad para el ser que la padece” (23). Otra ilustre figura, Talcott Parsons⁶⁸ añade que la práctica médica debe ser concebida como un mecanismo de la sociedad para enfrentarse a las patologías que afectan a los individuos. Es por ello por lo que en la época de máximo esplendor del

⁶⁷ Françoise Magendie (Burdeos, 1783-Sannois, 1855), médico francés que construyó el primer laboratorio de fisiología en Francia. Fue profesor de la *Académie des Sciences* y fue condecorado como miembro de la Legión de Honor y caballero de la Real Orden de Carlos III en España.

⁶⁸ Talcott Parsons (1902-1979) fue un sociólogo estadounidense presidente de la *American Sociological Association*.

positivismo, los científicos médicos vuelven a aportar grandes descubrimientos al conocimiento de la materia, pero se descuida la contemplación humana de la persona enferma para poder tener una visión científica, convirtiendo al enfermo en el objeto de estudio.

Evolucionismo

La segunda de las corrientes señaladas, el evolucionismo, es considerada una continuación a nivel sociológico del panvitalismo, y en el que Laín Entralgo diferencia tres niveles:

1. *Evolucionismo universal, filosófico o especulativo* (23), afirma que el origen del cosmos se produjo a partir de materia inanimada e indiferenciada, que mediante la constante evolución que acontece al universo, se ha ido diferenciando en las diferentes realidades que conoce el hombre en la actualidad.
2. *Evolucionismo biológico, defendido desde Lamarck⁶⁹ a Darwin⁷⁰* (23), teoría basada en la observación de las experiencias sensibles, mediante la cual defendieron que la existencia de las especies tal y como las conocían era debido a la evolución de otras preexistentes diferentes.
3. *Evolucionismo historiológico y sociológico* (23), basado en el evolucionismo biológico de Darwin, eruditos como Spencer⁷¹ o Morgan⁷² estudian las diferentes sociedades de su época como un conjunto en sí que ha ido evolucionando hasta convertirse en los diversos pueblos con su compleja organización, sin contemplar la progresión de cada individuo de forma aislada.

En el origen de esta teoría en sus tres ámbitos, el calado a corto plazo que tuvo en la comunidad científica fue muy escaso (24). Si bien a nivel europeo se fue aceptando poco

⁶⁹ Jean Baptiste-Lamarck (París, 1744-1829), autor de la primera teoría evolucionista y autor del término “biología” como designación de la ciencia que estudia los seres vivos. Seguidor del naturalismo, basó en la observación de lo que le rodeaba todas sus especulaciones, lo que le llevó a redactar su teoría evolucionista dando así nombre al lamarckismo o transformismo.

⁷⁰ Charles Robert Darwin (Inglaterra, 1809-1882), al igual que su contemporáneo, siguió los fundamentos del naturalismo y debutó con la teoría de la diferenciación a través de la selección natural evolutiva, la cual no se valoró en el campo científico y la cual, actualmente se considera la base de síntesis evolutiva moderna.

⁷¹ Herbert Spencer (1820-1903) experto en diferentes áreas del conocimiento, entre ellas la antropología, psicología, filosofía, sociología y biología. Históricamente ligado al positivismo, queda reflejada su gran aportación al desarrollo de la teoría del evolucionismo sociológico, aunque halla autores que hayan cuestionado esto. En su propuesta afirma que la evolución natural es la clave de todo lo real, a nivel material, físico, psicológico y moral.

⁷² Lewis Henry Morgan (Estados Unidos, 1818-1881), padre de la antropología moderna, destacan sus estudios sobre el parentesco entre diferentes civilizaciones, así como sus análisis de los pueblos desde una perspectiva evolucionista.

después de la publicación de *On the Origin of Species*, principal obra de Darwin, en España tuvo que esperar hasta el sexenio revolucionario (1868-1874) para poder exponer públicamente su ideario, debido a la anterior censura por el régimen autoritario de Isabel II y la influencia católica en el mismo. Sin embargo, Diego Núñez⁷³, en su obra *El darwinismo en España: un test significativo de nuestra situación cultural* relata cómo, una vez se generaliza el conocimiento de los principios del evolucionismo en España, es desde las propias Universidades donde se reniega del mismo por parte de los catedráticos y, por tanto, en la inexistencia de la formación a los estudiantes referente a la misma.

Si bien hay que tener en cuenta que a nivel nacional, la influencia del positivismo en medicina es muy marcado, y esta disciplina está centrada principalmente en la clínica: se enfoca todo el interés a los factores biológicos de la enfermedad con el fin de la identificación de la causa, su diagnóstico y tratamiento. Ante esto, el evolucionismo pretende una ampliación de los objetivos, proponiendo un estudio de todos los factores relacionados con la enfermedad a nivel evolutivo, englobando por tanto ítems puramente antropológicos que la medicina de este siglo había descartado.

Es por ello, que Diego Núñez relata dos actos públicos en la España del siglo XIX donde se rechaza el darwinismo: “uno es el discurso de apertura del curso académico en la Universidad de Sevilla (Octubre de 1866) dictado por el catedrático de medicina D. Francisco Arce; el otro, la conferencia impartida en Barcelona en abril de 1867 por D. José de Letamendi, catedrático de anatomía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona” (25), excluyendo de este escepticismo pocos párrafos después a médicos investigadores como Ramón y Cajal⁷⁴.

Es por primera vez en España, de la mano de Roberto Nóvoa Santos⁷⁵, cuando se incluye en una publicación una definición evolucionista de la enfermedad, entendida como:

⁷³ Diego Núñez (Málaga, 1943) es un historiador español. En su haber tiene numerosas licenciaturas (Filosofía, Biología, Sociología e Historia) y la cátedra de Historia del Pensamiento Español (1989). Ha sido profesor en numerosas Universidades, entre ellas la Universidad Autónoma de Madrid, y perteneciente a diversas sociedades científicas (Sociedad Española de Historia de las Ciencias, Instituto Arnau de Vilanova o director de la revista *Hispanismo Filosófico*).

⁷⁴ Santiago Ramón y Cajal (Navarra, 1852-Madrid, 1934), médico e investigador español, galardonado con el Premio Nobel de Fisiología o Medicina en 1906 por su investigación en torno a la morfología y conectividad de las células nerviosas, además de otros muchos reconocimientos dentro del ámbito científico en diversos países.

⁷⁵ Roberto Nóvoa Santos (La Coruña, 1885-Santiago de Compostela, 1933), se erige como figura clave en la denominada “Generación Maraño”. Licenciado en Medicina, es considerado el mayor renovador de la formación médica en España, tanto teórica como práctica. Autor de más de 250 escritos relacionados con la

“un fenómeno evolutivo de adaptación o desadaptación al medio” (24). Desde este momento, el *darwinismo* se encuentra asociado en estos últimos siglos a determinadas facetas de la medicina.

Hasta este momento, se han definido las tres principales escuelas que dieron lugar a las diferentes interpretaciones y formas de actuar en el campo de la medicina, con una mayor relevancia el positivismo dentro de la misma y creándonos por tanto, una idea del concepto de persona y su abordaje clínico. Sin embargo, los cambios producidos en el siglo XIX en el campo de la salud son mucho más amplios.

El enfoque materialista y mecanicista promovido por la Revolución Industrial favoreció la investigación en esta área del saber. Por un lado, Virchow⁷⁶ asienta las bases de la medicina social que será el antepasado de la actual medicina preventiva; se continúan aumentando los conocimientos en anatomía, fisiología o bioquímica; se desarrolla un estudio acerca de las infecciones postquirúrgicas y aumentando por tanto las medidas higiénicas tanto intraoperatorias como posteriormente; se comienza a experimentar con técnicas de radioterapia, gracias al matrimonio Curie⁷⁷; Mendel⁷⁸ desarrolla su teoría genética y el avance a nivel químico, gracias a personalidades como Pasteur⁷⁹ (gracias a su descubrimiento, se formalizan las bases del paradigma biologicista⁸⁰) o Fleming⁸¹, hacen que la mentalidad cambie: a finales de este siglo deja de considerarse como imparable la capacidad de conocimiento a través de la investigación científica para tener una visión más realista del progreso.

medicina, aunque con una fuerte influencia filosófica, cuya obra más reconocida es el Manual de Patología General.

⁷⁶ Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821-1902) médico alemán fundador de la medicina social, entendida como el estudio de los factores económicos y sociales que influyen en la enfermedad.

⁷⁷ Pierre Curie (París, 1859-1906) y Marie Salomea Skłodowska-Curie (Varsovia 1867-1934), matrimonio pioneros en el descubrimiento de la radioactividad y galardonados con el Premio Nobel de Física y Química en 1903.

⁷⁸ Gregor Johann Mendel (1822-1884) monje agustino y naturalista austriaco que redactó las leyes de Mendel enunciando su teoría de la Genética mendeliana.

⁷⁹ Louis Pasteur (Francia, 1822-1895), químico francés que enunció la teoría germinal de las actividades infecciosas, por la cual se hacía racional el origen de la enfermedad y da lugar al inicio de la medicina científica.

⁸⁰ El paradigma biologicista enmarca la posición triunfalista adoptada ante el descubrimiento de los microorganismos como origen de la enfermedad, desterrando el ideal del paradigma causalista del siglo pasado donde se asociaban factores de vida de los pacientes. Este paradigma estuvo vigente hasta el último cuarto del siglo XX, provocando un estancamiento en el avance de los conocimientos en torno al paciente, debido a la unificación de conocimientos de la biología humana en la formación médica y el destierro del cultivo de las ciencias sociales en este ámbito (29).

⁸¹ Alexander Fleming (Escocia, 1881-Londres, 1955) científico escocés que descubrió la lisozima y el efecto antibiótico de la penicilina.

A su vez, en el ámbito de la ética, Thomas Percival⁸², considerado la segunda figura tras Hipócrates, más importante en este terreno, publicó el primer código moderno de ética médica, en 1803 un año antes de su muerte. La *American Medical Association* (AMA), relaciona el interés de Percival en la regulación de los “convenios” de salud laboral con la publicación de su código (30), así como la contribución que tuvo el mismo a regular las relaciones que se daban entre el personal hospitalario y por lo que muchas de las instituciones de la época lo adoptaron. En el prefacio del código, Percival escribe: *“las relaciones en las que se encuentra un médico frente a sus pacientes, a sus hermanos y al público son complicadas y diversas, comprendiendo gran conocimiento de la naturaleza humana y muchas obligaciones morales. El estudio de la Ética profesional, por lo tanto, te ayudará a vigorizar y ampliar tu entendimiento; mientras que la observación de las obligaciones en ella implícitas, suavizarán tus modales, engrandecerá tus sentimientos y te formará con la propiedad y dignidad de conducta esenciales al carácter de un caballero”* (31). De estas palabras se puede deducir la importancia de la integración de la persona en el proceso de su enfermedad.

Otra gran figura de este siglo y cuya teoría sigue los mismos principios, a la vez que inaugura una nueva etapa en el arte del cuidado (etapa técnica⁸³), es Florence Nightingale⁸⁴. Además de su gran aportación durante la Guerra de Crimea, en la cual manifestó la gran importancia de las medidas higiénicas, nutricionales y del entorno del enfermo, lo que redujo en aproximadamente un 38% las muertes de los soldados durante este período bélico, y por lo

⁸² Thomas Percival (1740-1804), fue un médico inglés muy comprometido con la salud pública y aportó el primer código de ética moderna.

⁸³ La etapa técnica de los cuidados de enfermería hace referencia al cambio progresivo que se produce dentro de esta profesión, la cual hace referencia a este nombre por su enfoque puramente técnico. Es un período de reforma, en el cual personajes relevantes: la Orden de los Hermanos de San Juan de Dios son los pioneros en comenzar a formar a sus hermanos en el arte del cuidado, recogiendo la teoría en el libro *El arte de la enfermería*, en el que se contemplan los cuidados referentes a la administración de la medicación, la alimentación y se recoge la importancia del consuelo espiritual; el matrimonio Fliedner, los cuales se centraron en el cuidado de expresidiarios y diseñaron un programa educativo enfocado a las enfermeras que iban a trabajar con ellos; Florence Nightingale, pionera en asentar las bases de la enfermería profesional; y las órdenes de la Edad Moderna. Por otra parte, se produce durante esta tecnificación un dilema en cuanto a la orientación que toma la enfermería: por parte de los resquicios vigentes de la Iglesia dentro del sistema hospitalario, se pretende volver a la selección de cuidadoras en base a su vocación y abnegación ante el mando médico o eclesiástico, por otra parte, la sociedad exige a la enfermera un mayor conocimiento técnico de los cuidados aplicados a los pacientes. Esta etapa finaliza con el comienzo del siglo XX y el comienzo de la etapa profesional de la enfermería.

⁸⁴ Florence Nightingale (Florencia, 1820-Londres, 1910), enfermera, estadística y escritora británica. Fue la responsable del comienzo de la etapa técnica de los cuidados gracias a la profesionalización de sus estudiantes en su escuela del Hospital Saint Thomas. Así mismo, es considerada la creadora del primer modelo conceptual de enfermería y de la enfermería moderna. En su trabajo se inspiró Henri Dunant, fundador de la Cruz Roja.

que fue galardonada por la Reina Victoria con la Real Cruz Roja de la Orden de Mérito de Reino Unido, Nightingale ayudó a realizar un gran cambio en diversos aspectos.

La Enfermería se encuentra subordinada a la ciencia médica, inmersa en el paradigma biologicista. Esta enfermera, no sólo defiende una base de conocimientos propios para la enfermería, sino que recupera en sus escritos una visión moral y holística del paciente, bastante aproximada a la defensa hipocrática. Mantiene la importancia de la nutrición y la higiene del paciente como medida de prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud, pero argumenta que: *“es imposible separar la enfermedad de la necesidad espiritual”* (32). Hay que puntualizar que cuando Nightingale habla de espiritualidad, no lo enfoca desde el punto de vista de la Iglesia Anglicana, sino abarcando todo tipo de religión, entendiendo un principio generador no intervencionista posteriormente denominado Dios y nombrado de diversas formas en la diversas religiones, y dando protagonismo al consuelo que provoca en el enfermo poder llevar a cabo los rituales propios de cada religión, para lo que Nightingale promovió el respeto y facilitación de los mismos sin apoyar el retorno medieval al trabajo relacionado con la religiosidad.

Esta teórica trabajó más ámbitos relacionados con la moral, la filosofía, la espiritualidad, la ética y las ciencias sociales, provocando un revuelo ante el materialismo y el positivismo latentes en la medicina. Esta ruptura de pensamiento con las corrientes filosóficas del momento puede atribuirse no sólo a la experiencia vividas en primera persona en los hospitales, ejerciendo el acompañamiento del paciente, sino a su espíritu autodidacta de aprendizaje, el que le remonta a los clásicos y recoge el espíritu crítico de los mismos. De esta manera, esta filosofía es incluida en su escuela de enfermería del Hospital Saint Thomas de Londres, en la que establece ciertos criterios a seguir: en primer lugar, la vocación de las candidatas que pretendían aspirar a enfermeras, entendida esta como *“una necesidad de ayudar al otro”* (32), que se ponía de manifiesto con una serie de valores o virtudes propios de la enfermería, entendida como: *“responsabilidad de velar por la salud de otros. Acciones de cuidado de la persona y su entorno, a partir del desarrollo de habilidades tales como las observaciones inteligentes, la perseverancia y el ingenio. Profesión basada fundamentalmente en el cultivo de las mejores cualidades morales”* (33). Para garantizar la incuestionabilidad de la moral de sus discípulas y romper con la anterior Época Oscura de la Enfermería (durante la Edad Media y la Edad Moderna), en las cuales las mujeres que ejercían la profesión solían ser meretrices, Nightingale implemente una férrea disciplina en su

escuela. En segundo lugar, la identificación del enfermo como: *“persona enferma, vista como ser pasivo, que recibía los cuidados que se le prodigaban, aunque se debía permitir el autocuidado del paciente, siempre que fuese posible; y la importancia de explorar sus opiniones acerca de los horarios y sus preferencias por los contenidos de su alimentación”* (32),

Indiscutible es por tanto la recuperación del trato humanizado a los enfermos por parte de Nightingale a la sociedad del siglo XIX, además de su teoría, los estudios de investigación y estadísticos desarrollados, pero además, tiene una notable influencia en el ámbito social y ético. En el primero, recuperando las influencias de la sociología y la psicología en la enfermería, contrario a la exclusión que se les daba desde la medicina, con ayuda de Adolphe Quételet⁸⁵, con quien tuvo una importante colaboración en el desarrollo estadístico. En el segundo, aportando a la ética hipocrática de hacer siempre el bien al paciente y no dañarle, otros dos enunciados, recogiendo la “confidencialidad”, en cuanto a guardar silencio de las confesiones hechas por los pacientes, y la veracidad de la información que se transmite al paciente. Posteriormente, en 1893 se crea un comité en el Hospital de Detroit que redacta el Juramento de Florence Nightingale, en homenaje a la enfermera del mismo nombre. Este documento, es utilizado al igual que el Juramento Hipocrático, a la finalización de los estudios de enfermería y en el texto se contemplan los aspectos más relevantes de esta teórica, aún vigentes algunos de ellos: la honradez, no maleficencia y confidencialidad.

Como conclusión de un siglo repleto de grandes cambios y corrientes contrapuestas, se puede señalar los diferentes modelos de atención promovidos por los grandes teóricos de las dos disciplinas a tratar, la medicina y la enfermería. En la primera de ellas, se parte de una deshumanización en la que la salud es una lucha contra la enfermedad y es un bien a mantener como forma de asegurar una posición laboral, en el que el médico desde un posicionamiento autoritario y paternalista convierte al enfermo en un objeto de estudio, todo ello potenciado desde la segunda mitad de siglo por el paradigma del determinismo economicosocial de la salud y la enfermedad. En la enfermería sin embargo, se sale de una Época Oscura de subordinación, abnegación y desprofesionalización, en la cual la enfermera aplica cuidados indicados por el médico, a un período en la que comienza a obtener una formación y se resalta

⁸⁵ Lambert Adolphe Jacques Quételet (1796-1874), astrónomo, naturalista, matemático, sociólogo y estadista belga, fue el primero en introducir los métodos estadísticos en la sociología, lo cual le valió ser miembro de la American Statistical Association.

la importancia de la observación de la enfermera como profesional en la esfera biológica y moral del paciente.

Siglo XX

El siglo XX va a ser el último período de tiempo que se va a analizar en este epígrafe del documento, ya que debido al breve transcurso de tiempo vivido en el siglo XXI, su reflexión va a encontrarse enmarcada dentro del Apartado II, en el Estado Actual de la Cuestión. En este subíndice, vamos a seguir continuando con el esquema de las épocas pasadas, en las que primero se analiza la evolución médica y posteriormente, la enfermera. Si bien, siendo común en ambas profesiones el hecho de que el siglo XX cuenta con diversos hechos históricos tras los cuales, se produce en un breve período de tiempo, fuertes cambios socioculturales y económicos que afectan globalmente, es por ello por lo que se puede diferenciar una primera mitad de centuria aún poseedora de la ideología y los posicionamientos heredados del siglo XIX y, una segunda mitad de frenéticos cambios que tienen como resultado la sociedad actual.

Comencemos la inmersión a través de una cita de Laín Entralgo, contemporáneo en este siglo y con numerosas obras sobre el análisis del transcurso de estos años, el cual cita: “Como diría José Alberto Mainetti⁸⁶, vivimos en la crisis de la razón médica que hemos heredado” (34). El siglo XX es considerado el punto de inflexión de la medicina, la cual es denominada crisis de la razón médica, sin embargo en el análisis de la misma, los teóricos de la época la describen como un cambio del paradigma vigente hasta el momento. A su vez, e añade el auge a mitad de siglo de una corriente latente durante las primeras décadas: la antimedicina. El cambio de paradigma y la corriente antimedicina de Foucault⁸⁷, van a influir en la crisis social que se produce ante la medicina. Por una parte, la medicina se encuentra

⁸⁶ José Alberto Mainetti (1909-2006), médico cirujano y oncólogo argentino, fue pionero en el estudio de la bioética en su país.

⁸⁷ Paul-Michel Foucault (1926-1984), historiador psicólogo y filósofo francés, obtuvo la cátedra en Historia de los sistemas de pensamiento en el *Collège de France* (1970). Famoso por sus trabajos críticos de la psiquiatría, la medicina y la sexualidad, fue enmarcado en diversas corrientes filosóficas de la época: estructuralismo, postestructuralismo y postmodernismo, siendo el propio autor el que se desligó de todas ellas definiendo su obra como criticista de origen Kantiano y con influencias de Nietzsche. Es la figura más destacada de la antimedicina, corriente desarrollada a lo largo del siglo XX y plasmada en la obra de dicho autor: *The Crisis of Medicine or the Crisis of Antimedicine?* En este discurso, Foucault señala la “crítica que realiza la sociedad a los sistemas de educación y poder médicos” (35), enmarcándolo en el año 1942 debido a la elaboración del plan Beveridge (oficialmente *Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services*, documento en el cual se especificaban las bases para establecer el sistema de Seguridad Social Británico). Foucault describe como la II Guerra Mundial y la publicación del Plan Beveridge, llevan a considerar la salud y la medicina como un bien político y económico, alejándose del arte histórico que suponía dicha profesión.

ante el poderío otorgado por “*el creciente poderío intelectual y técnico que ha dado al médico su cada vez más fina y honda penetración biofísica y bioquímica en la realidad orgánica del proceso morboso —por tanto: un fabuloso avance en camino que abrió la patología científico-natural del siglo xix— y la perplejidad, a la vez intelectual, técnica y ética, de advertir que ese saber tan inmenso y eficaz no resulta suficiente para entender y diagnosticar la real integridad de muchas enfermedades, y en consecuencia para tratarlas adecuadamente*” (36).

Enmarcándonos en los primeros años, la medicina obtiene un sistema en el que el gran desarrollo que se ha producido en las disciplinas químicas y físicas, la nueva relación establecida con estas especialidades y los avances que han dado lugar a través de la investigación en estos campos y bajo el paradigma biologicista, han permitido a la medicina un gran desarrollo de anatomoclínico, fisiopatológico y etiopatológico, lo que ha repercutido directamente en una gran especialización del saber. La introducción de los medios tecnológicos en la praxis médica, permitieron establecer tal nivel de conocimientos acerca de un tejido, órgano o sistema, que el médico se ve incapaz de abarcar al ser humano desde una posición de fragmentación de su organismo. Dicho de manera coloquial, hasta ese momento, el médico generalista era capaz de ocuparse del conjunto del enfermo, aunque dependiendo de la corriente filosófica imperante, fuese consciente de la multidimensionalidad o no del mismo, sin embargo a partir de ahora, las especialidades médicas toman protagonismo en la formación del estudiante de medicina, lo que conlleva la ya nombrada visión fragmentada de la persona y, debido al mecanicismo, al biologicismo y al positivismo latente aún del siglo anterior, cada especialista contempla únicamente la causa de la patología a nivel biológico y realiza la prescripción en base a ello. Este es uno de los motivos que desencadenan la denominada crisis médica, el cual se podría enmarcar dentro de la categoría profesional, y que serían la tecnificación y la especialización, las cuales convierten la sabiduría y el arte médico, basados en la ciencia, en un bien industrial, comercial y político, visión muy próxima a la antimedicina.

Otro de los factores influyentes en la ya nombrada crisis, sería el científico. Un biologicismo con una interpretación errónea, junto con un mecanicismo, llevaron ya anteriormente a olvidar la dimensión humanística de la persona, siguiendo aunando esfuerzos y conocimientos en objetivar a la persona para convertirlo en sujeto de estudio, y a su vez con

un optimismo propio de la corriente humanista cercana al vitalismo⁸⁸ en el que la ciencia continúa siendo la herramienta que marca el continuo desarrollo y la supremacía del hombre, aunque no con la misma perspectiva utópica de los científicos del siglo XVIII, sino desde una visión más realista. Por tanto no sólo resurge el reduccionismo biológico propio del racionalismo y empirismo, sino que junto con la especialización, continúa patente una dicotomía cuerpo-alma y método científico-humanidades. No es hasta la segunda mitad de siglo, donde se modifica esta visión tal y como expondremos.

Finalmente, *“la desorganización, la alta tasa de morbimortalidad, la injusticia distributiva de las prestaciones médicas y la explosión de costos en la economía política de la sanidad”* (36), inducen a una desconfianza social en la organización de la sanidad.

Estos tres factores se van desarrollando a lo largo de los 50 primeros años y es en torno a la década de 1980 cuando finalmente se produce un desencanto radical en cuanto a la visión positivista del reduccionismo biológico y los profesionales comienzan a analizar la deficiencia de su sabiduría en torno a la persona debido a la deshumanización de sus conocimientos. Así señala Laín Entralgo la tendencia hipocrática que vuelve a latir en el seno de la ciencia médica: *“la idea cada vez más clara de que el clínico responsable no podía proceder, ante la concreta y viviente realidad del enfermo, conforme a los esquemas y las construcciones de los tratados «puramente científicos», plantea la reflexión”* (36).

Este desencanto, puede quizá asociarse a los tres momentos más importantes del siglo pasado, los cuales llevaron a una crisis en el pensamiento. En primer lugar, en los años posteriores a la I Guerra Mundial, el liderazgo es asumido por Alemania a nivel filosófico y promueven un regreso a la interpretación neokantiana y personalista de la sociedad y por tanto, de la medicina. Tras una catástrofe de las dimensiones de esta I Guerra Mundial y corrientes enfrentadas (capitalismo, el cual propone un hombre libre, y marxismo, que defendía la salvación social y el ateísmo), el personalismo⁸⁹ surge como movimiento reaccionario, que promueve el ensalzamiento del hombre con todas sus capacidades: libertad,

⁸⁸ Vitalismo, corriente próxima al humanismo y actualmente rechazada, que surge como contraposición al mecanicismo la cual defiende que los seres vivos poseen una “fuerza vital” (similar a lo que entendemos por espíritu), la cual los diferencia de los seres inanimados.

⁸⁹ El personalismo está basado esencialmente en las aportaciones de Kant. A su vez, se encuentra muy relacionado con el desarrollo de la ética de la persona, encontrando a Max Scheler (1874-1924, filósofo y antropólogo alemán), su principal representante. Éste redacta una crítica a la teoría kantiana del actuar del hombre siguiendo la moral del deber para proponer una acción moral en base a una serie de valores asequibles a la persona (valores religiosos, espirituales, de afectividad vital y de afectividad sensible).

moral y capacidad de amar, corroborando con la ruptura de la responsabilidad espiritual (debido a que Nietzsche⁹⁰ ha anunciado que Dios ha muerto) y Freud⁹¹, con su liberación de los instintos humanos. El personalismo por tanto, comienza a interferir en la praxis médica al valorar la contemplación moral del hombre, ofreciendo una “*visión científico-cultural complementaria de la científico-natural*” (34), y como demostración de los cambios médicos derivados de la I Guerra Mundial y la repercusión personalista en la medicina, Groddeck⁹² exponía en un artículo el inicio en 1918 de la aplicación del psicoanálisis para comprensión de algunas enfermedades orgánicas.

El segundo momento que se produce es la II Guerra Mundial (1939-1945). El impacto social que tuvo fue y sigue siendo recordando como una gran tragedia, y a su vez, tuvo gran repercusión en los avances científicos y éticos. Remontándonos a 1898, Neisser⁹³ lleva a cabo un experimento que consiste en inyectar Sífilis en meretrices con el fin de conseguir suero antisifilítico, alegando su contagio a la profesión que ejercían dichas mujeres. A partir de este momento, el Ministerio de Sanidad Alemán redacta leyes que protegen a las personas de la experimentación científica, y en 1931, se refuerzan y completan las anteriores incluyendo bajo esta protección a los animales. Sin embargo, con el auge del nazismo y la protección a la raza aria, se abolió dicha legislación y se comenzó con la inclusión forzosa en experimentos (farmacológicos, quirúrgicos y genéticos), con la práctica de esterilizaciones a todas aquellas personas portadoras de enfermedades o minusvalías y a la eugenesia. A posteriori, estos hechos fueron juzgados en los juicios de Núremberg y se elaboró un Código con su mismo nombre, en el cual se regula mediante diez puntos la investigación científica en persona, incluyendo como principal avance el consentimiento voluntario del usuario para someterse a dicho estudio. Este fue el primer documento de los ulteriores códigos que se encuentran en el campo de la bioética, como la Declaración de Ginebra (1948), Declaración de Helsinki (1964) o el Informe Belmont (1979), como consecuencia del experimento de Tuskegee). Tras la recuperación de Europa, comienza a establecerse leyes reguladoras en todos los países, surge una Organización Mundial de Salud (OMS) y el modelo sanitario asociado al “Estado del

⁹⁰ Friedrich Wilhelm Nietzsche (1844-1900), filósofo, poeta, músico y filólogo alemán. Considerado como uno de los personajes más influyentes del siglo pasado, perteneciente al grupo de los “tres maestros de la sospecha”, junto con Marx y Freud, tuvo una gran influencia debido a la crítica religiosa, filosófica y cultural que realizó mediante el análisis de las actitudes morales.

⁹¹ Sigmund Freud (1856-1939) neurólogo austriaco padre del psicoanálisis.

⁹² Georg Groddeck (1866-1934), médico alemán pionero en la psicosomatomedicina.

⁹³ Albert Ludwig Sigismund Neisser (1855-1916) médico alemán descubridor de la cepa *Neisseria Gonorrhoeae*, agente causante de la Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS), Gonorrea.

Bienestar”, enunciando su famosa definición de salud recogida en la introducción de este trabajo.

Tras este acontecimiento, filosóficamente impera el existencialismo, el cual tuvo su origen en la recta final del siglo XIX, y se extiende hasta la década de 1960. Desde el final de la II Guerra Mundial hasta la caída de este movimiento, filósofos como Sartre⁹⁴ (defensor del existencialismo ateo), Dostoyevski⁹⁵ (tutor del existencialismo cristiano) y Heidegger⁹⁶ (promotor del existencialismo agnóstico), trabajan dentro de las líneas de encontrar el porqué de la existencia humana, con el fin de encontrar una justificación de la misma y los factores que influyen en ella, siendo una de las frases más representativas la de “yo soy yo y mis circunstancias” (36), de Ortega y Gasset⁹⁷.

Finalmente, el tercer acontecimiento histórico que beneficia esta crisis de la medicina es “la crisis económica de los años 70, pone al descubierto las falencias del modelo, por el cual la salud pasó de ser bien de producción a ser bien de consumo, con el efecto paradójico de que una mayor atención médica no lleva necesariamente a mejor sanidad” (34). Esta postura se comprende mejor al describir el postmodernismo, término asignado por Lyotard⁹⁸ y aún vigente en el siglo XXI como movimiento filosófico.

“Teóricamente, en el postmodernismo estamos convencidos que no seremos salvados ni por Dios, ni por el proletariado, ni por el psicoanálisis, ni por ningún ideal de emancipación. Como siempre, estamos encadenados y sometidos a la economía y a la política. Lo que propone el Postmodernismo, es establecer un urbi et orbi de las Leyes de Mercado, de la oferta y la demanda” (37), es decir, la sociedad queda liberada del sometimiento religioso para comenzar a ser regida por el dinero y los bienes materiales. En la sanidad, el paciente pasa a ser número, un coste social y un beneficio que puede ocasionar.

⁹⁴ Jean-Paul Charles Aymard Sartre (París, 1905-1980), filósofo y activo escritor francés, defensor del existencialismo y el humanismo marxista, contrario al psicoanálisis propuesto por Freud. Rechazó el Premio Nobel de la Literatura en 1964.

⁹⁵ Fiódor Mijáilovich Dostoyevski (1821-1881), escritor ruso con gran influencia en la literatura existencialista, destacando el uso del absurdo en los temas tratados, como la psicología humana, la política o la sociedad rusa.

⁹⁶ Martin Heidegger (1889-1976), fue un filósofo alemán considerado uno de los principales pensadores del existencialismo, que provoca una revolución al proponer la “destrucción de la metafísica” y desarrolló un giro lingüístico dentro de la narrativa filosófica con el fin de afianzar y aproximar la verdad a la capacidad del hombre de comprensión de la misma. Fue discípulo junto con Ortega y Gasset de Edmund Husserl (1859-1938, filósofo fundador de la fenomenología trascendental).

⁹⁷ José Ortega y Gasset (Madrid, 1883-1955), fue un filósofo y ensayista español asociado a diferentes corrientes del siglo XX, como el objetivismo, el perspectivismo y el racionalvitalismo.

⁹⁸ François Lyotard 1924-1998), filósofo francés famoso por su aporte al postmodernismo. Fue cofundador del Colegio Internacional de Filosofía.

En último lugar, y cambiando parcialmente el tema a tratar, todos los factores anteriormente citados influyen no sólo en la forma de actuación del médico hacia el paciente, sino en la mutua relación entre el profesional y el paciente. Tras la II Guerra Mundial, tres son las edades que se dan de forma simultánea, aunque en diversas zonas geográficas: la Edad de la autonomía del paciente se produce a partir de 1945 y se sitúa principalmente en Estados Unidos, *“la balanza que teóricamente equilibra las fuerzas médico-paciente, se inclina a favor del paciente, muchos son los expertos en ética, juristas y pacientes lo que afirman que esta relación debía fundamentarse en los derechos y la libertad del paciente”* (11), lo que supone un gasto y un consumismo sin precedentes en la sociedad, coincidiendo con la precocidad de la implantación del denominado “Estado del bienestar”. Posteriormente, tras la crisis económica de los años 70, se comienza con la Edad de la burocracia, en la cual los gastos sanitarios pasan a ser sufragados por organizaciones en su mayoría públicas, lo que produce que el médico no deba fijarse únicamente en el bienestar y libertad del paciente, sino que deba sopesar en ocasiones las necesidades de la sociedad ante la decisión de ciertos proyectos. Finalmente, en 1980 el Mark Siegler, psicólogo americano y autor del libro *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*, propone la cuarta edad: la toma de decisiones compartida entre el médico y el paciente, como un término medio entre el paternalismo y la autonomía, que se *“basa en el diálogo, la discusión y la negociación entre el médico y el paciente”* (11), lo que les permitía acordar la responsabilidades asumidas por cada uno y ayudaba a generar la confianza perdida en el médico por el paciente de la antimedicina. Esta etapa se produce a la vez que Engel expone un modelo holístico de atención al enfermo, que él denomina biopsicosocial, englobando las tres dimensiones de la persona y que es el modelo adoptado en la actualidad.

En el ámbito de la enfermería, se mantiene una concepción de la enfermería técnica hasta la mitad del siglo XX, y adquiriendo un matiz de profesionalidad en las décadas de 1960, 1970 y 1980 que dan lugar a la etapa profesional del cuidado. Con el inicio de esta profesionalización, las mujeres seglares comienzan a ser mayoría dentro del sector, por lo que la influencia religiosa cesa de manera notable y debido a la introducción tecnológica, se da un alejamiento entre la enfermera y el paciente.

Es sin duda este siglo donde se recogen las teóricas más importantes de la enfermería. Mediante un breve repaso de las mismas, detallaremos la gran influencia que tuvieron sus teorías y la influencia de los cambios histórico-filosóficos en las mismas.

Virginia Henderson⁹⁹ en su libro *Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería*, ofrece un desarrollo de la disciplina enfermera, así como recogiendo diversas definiciones. Se debe tener en cuenta que Henderson comienza su teoría tras haber vivido la I Guerra Mundial y por tanto, en un marco personalista y neokantiano. Si bien esta enfermera “*no aporta una definición clara sobre el concepto de salud, se puede deducir que aproxima de manera marcada el estado de salud a la independencia*” (17), si aporta novedosos conceptos ya que Henderson indica que “*al haber necesidades no solo fisiológicas, sino de tipo psíquico y social, y al considerar estas necesidades no como una carencia, sino como algo fundamental para la persona, está definiendo salud no ya como la ausencia de enfermedad como se la relacionaba hasta entonces, sino como el grado de vigor físico y mental para poder realizar actividades de forma independiente*” (17), definición muy cercana al concepto de libertad e individualidad defendido por el personalismo. De la misma manera, Virginia adopta una postura que defiende la integridad biopsicosocial de la persona, muy relacionada con las relaciones familiares y sociales de la misma, las cuales la enfermera debe valorar y contemplar en cada usuario. Estos parámetros se ven contemplados en algunas de sus necesidades:

9. Necesidad de evitar los peligros ambientales y los daños a otras personas, en el que se contempla el mantenimiento de la autoestima del paciente.
10. Necesidad de comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores o sensaciones: ya que consideraba que al mantener el paciente un entorno social adecuado, éste influía positivamente en su bienestar.
11. Necesidad de practicar su religión: como aspecto fundamental el de mantenimiento de sus creencias, valores y tradiciones, que ayudaban en el confort del mismo.
12. Necesidad de trabajar en algo que dé la sensación de utilidad: con el fin de que la persona a pesar de estar en una situación de dependencia, no pierda el ejercicio de su rol social.

De esta manera, hemos analizado la estrecha relación existente entre Henderson y el existencialismo de principios del siglo XX, así como la influencia de la inclusión multidimensional de la persona en las fases de evaluación de la misma.

⁹⁹ Virginia Henderson (Kansas, 1987-1996), enfermera pionera en incluir los aspectos fisiológicos y psicológicos en su teoría. Con la autoría de numerosas obras, dictó las denominadas 14 Necesidades de Henderson, y le valió un total de 7 doctorados.

Lydia Hall¹⁰⁰, al igual que Peplau, desarrolla una teoría de nivel medio denominada Teoría de las Ciencias de la Conducta, mediante la adaptación de principios tomados de la psicología y la psiquiatría. Propuso un sistema gráfico con tres círculos y cada uno de ellos hacía referencia a una dimensión: al cuerpo y al cuidado, a la enfermedad y la curación y a la persona y su esencia, defendiendo que el primero de ellos era propio de la actuación independiente de enfermería, mientras que el segundo y el tercero debía de ser compartido con otros profesionales sanitarios. Una de las críticas más relevantes que realizó en un momento en el que la enfermería estaba “alejándose de la cama del enfermo debido a la tecnología”, que “*a medida que era menos necesaria la atención médica en una persona enferma, era más necesaria la de la enfermería*” (17)

Hildegard Peplau¹⁰¹ publica el Modelo de las Relaciones Interpersonales en 1952, y actualmente es considerado como un modelo enfermero de nivel medio, debido a que su teoría se basa en influencias y conocimientos de otras ramas, principalmente de las ciencias de humanidades y de las ciencias sociales. En la época en la que se desarrollan los acontecimientos, es influenciada por Freud y por la nueva introducción de la psicología moderna en el ámbito de la medicina. Con ello, establece las bases de la enfermería psicodinámica, entendida como aquella en la que una enfermera psicodinámica, a través de la observación y el estudio de la conducta del paciente puede identificar y ayudar a solucionar determinados problemas. Es en resumen, una teoría que plasma “*la relación humana entre un individuo enfermo, o que requiere un servicio de salud, y una enfermera educada especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda*” (11), a través de las fases de orientación, identificación, aprovechamiento y resolución, siendo en el campo de la enfermería psiquiátrica en el cual ha tenido esta teoría más influencia.

Dorothea Orem¹⁰² desarrollo su teorema en base a las de Nightingale y Peplau. Define la salud como “*el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental*” (11), por lo que refleja la inquebrantabilidad de las dimensiones biológicas, sociales y psicológicas en la persona.

¹⁰⁰ Lydia Eloise Hall (1906-1969), además del desarrollo de su modelo teórico, es conocida por la importancia que tuvo en una sociedad en la que estaba vigente la crisis de la medicina en la cual fue capaz de interceder para devolver la confianza en la medicina para la salud pública e intercedió defendiendo a los pacientes con enfermedades crónicas.

¹⁰¹ Hildegard Elizabeth Peplau (1909-1999), enfermera estadounidense autora de la teoría práctica enfermera de las Relaciones Interpersonales, publicada en 1952.

¹⁰² Dorothea Orem (1914-2007), enfermera estadounidense creadora de la Teoría del Déficit de Autocuidado.

Orem identifica a la enfermería como una profesión encargada de ayudar al paciente a reestablecer su capacidad para llevar a cabo las acciones para su autocuidado, y para ello incide en la importancia del respeto ante los hábitos y las costumbres del enfermo y su familia, las cuales deben ser respetadas por las profesionales de enfermería al realizar su labor de ayuda y cuidado a la persona.

La obra de Faye Glenn Abdellah¹⁰³ está centrada principalmente en la investigación de problemas de salud a nivel comunitario y de la realización de políticas públicas. Sin embargo, en su modelo teórico se basa en las 14 Necesidades de Henderson para mediante los conocimientos obtenidos mediante investigación, para establecer los problemas que se objetivan en los sistemas utilizados por la enfermería para identificar las necesidades del paciente. En total, son 21 Problemas los recogidos por Abdellah, sin embargo aquí vamos a recoger como apunte aquellos que no se limiten a la dimensión biológica, sino que sean reflejo de la progresión de la influencia de las ciencias sociales en el ambiente sanitario a través del neokantismo y el rescate “temporal” de los postulados hipocráticos:

12. Identificar y aceptar expresiones, sentimientos y reacciones positivas y negativas.
13. Identificar y aceptar la interrelación entre las emociones y las enfermedades orgánicas: enunciado reflejado por autores galenistas y propios de la psicología moderna.
15. Favorecer el desarrollo de relaciones interpersonales productivas.
16. Facilitar el progreso hacia la consecución de los objetivos espirituales personales.
18. Facilitar la conciencia del propio yo como individuo, con necesidades físicas, emocionales y evolutivas variables.
21. Entender la importancia de los problemas sociales como factores que influyen en la causa de las enfermedades.

Contemporánea a Abdellah, Dorothy Johnson¹⁰⁴ desarrolla el metaparadigma del Modelo de Sistemas Conductuales, publicado en 1980, principalmente sociológico debido a las influencias del sistema holístico ya publicado, así como por las psicológicas y las de

¹⁰³ Faye Glenn Abdellah (1919) es una enfermera estadounidense considerada la principal investigadora en su área de competencia. Fue directora de Enfermería de los Servicios de Salud Pública de los Estados Unidos, la primera mujer Contraalmirante de dos estrellas y la primera mujer y enfermera en ser directora adjunta de los Servicios de Salud Pública de Estados Unidos.

¹⁰⁴ Dorothy Jhonson (1919-1988), enfermera graduada en la Universidad de Vanderbilt, ejerció durante toda su actividad como docente de enfermería pediátrica en la Universidad de California.

Henderson. Para Johnson, la persona se conforma por una serie de sistemas interdependientes (*“dependencia, alimentación, eliminación, sexual, agresividad, realización y afiliación”* (11)), y la persona es la encargada de mantener ese equilibrio. La enfermera debe intervenir cuando dicho equilibrio se rompe y debe ayudar al individuo en la integración de su comportamiento. Estas deducciones vinieron en base a la experiencia de Johnson en los pacientes afligidos por estrés y las observaciones realizadas ante la intervención y la no intervención ante distintas situaciones, recogiendo por tanto una patología de nacimiento relativamente cercano, las neuropsiquiátricas de origen relacionado con el cambio de visión social producido en el s. XIX con la Revolución Industrial.

En general, todas las teóricas enfermeras del siglo XX, las que ya se han nombrado y otras que no (debido principalmente a que aunque incorporaban en su modelo una integración de aspectos humanísticos y sociales en él, no eran el principal aspecto a desarrollar). Sin embargo, dos de ellas destacan por su específico interés en los puntos que estamos estudiando.

Se acentúa por tanto el protagonismo de Rosemarie Rizzo Parse¹⁰⁵, que publicó por primera vez su teoría en 1982 bajo el nombre “hombre-vida-salud” y es posteriormente en su segunda publicación, en 1998, cuando adquiere la nomenclatura de “Teoría del desarrollo humano”.

En ella, Parse entiende que las personas piensan sobre sí mismas en base a su capacidad de relación con los demás y con su yo, y las diferentes formas de actuar se dan gracias a la libertad individual y los valores personales. De esta forma, *“el hombre no puede ser reducido a sus sistemas o partes constituyentes para ser entendido, es decir, el hombre es una unidad vital”* (39). Basándose en este concepto de persona, entiende la enfermería como una ciencia más próxima a las humanidades que a las sanitarias, definiéndola como *“una teoría basada en las ciencias humanas es un sistema de conceptos interrelacionados que describen la interrelación del hombre unitario con el entorno, relación que contribuye con la constitución de la salud, siendo esencial las interrelaciones hombre-entorno, la constitución de la salud, el significado que el hombre unitario da al ser y al llegar a ser y la libertad del hombre en cada situación para elegir las maneras alternativas de realizarse”* (39). Además

¹⁰⁵ Rosemarie Rizzo Parse (1938) es profesora y presidenta actualmente en la Universidad Loyola de Chicago, además de fundadora y editora de la revista *Nursing Science Quarterly* y presidenta del *Institute of Human Becoming*, dedicado especialmente a la enseñanza ontológica y epistemológica del ser humano.

añade, que en la libertad del hombre hay que tener en cuenta su intencionalidad: lo que implica que al estar el hombre en sociedad y querer desarrollarse, son continuos los juicios y dilemas a los que debe enfrentarse y entra en juego su intención.

La autora reconoce las influencias en su modelo de otras teóricas enfermeras, las cuáles no especifica y esencialmente de Heidegger. Con este filósofo alemán encontramos gran similitud en cuanto a la perspectiva metafísica que adopta Parse en esta etapa, preguntándose por el origen, el proceso y la finalidad del ser, que es para lo que plantea una explicación de su propio concepto de persona.

Como conclusión a su teoría, expresa la consideración de que “*la salud existe cuando el hombre estructura el significado de las situaciones, es por lo tanto un proceso de ser y de realizar*” (37), de forma que si la enfermera quiere ejercer sus competencias de manera excelente debe conocer a la persona a la que aplica sus cuidados desde el método humanístico propuesto en el modelo, no mediante el método científico, ya que la persona se forma gracias a su capacidad de relacionarse con el universo y con el resto de personas, y únicamente a través de la comprensión de su cultura, sus ideas, su historia y sus esperanzas, podremos como enfermeras aproximarnos a realizar el cuidado humanístico de la persona.

Como última figura para clausurar esta reseña histórica, expondremos la figura de Jean Watson¹⁰⁶. Si bien en la práctica enfermera actual la metodología seguida se basa en los modelos de Henderson o Gordon, (en Europa principalmente) y se une Rogers a esta tríada en América (principalmente Norteamérica), y por tanto son las teorías más relevantes en la profesión actualmente, en la valoración humanística de la enfermería se ensalza como principal y más importante la de Jean Watson.

Watson estructura su aportación a la enfermería partiendo del ritmo de publicación de sus cuatro principales obras. El primero de ellos, llamado *The philosophy and science of caring*, fue redactado en la década de 1970 en la cual, según relata la autora, se carecía de una uniformidad teórica en el campo de los cuidados y de la misma manera, también de una base humanística. Debido a ello, relata que este primer trabajo “*surgió de mi búsqueda para traer un nuevo significado y la dignidad en el mundo de la enfermería y la atención de los pacientes, y a las experiencias de la vida subjetivas internas del yo y el otro*” (40), de manera

¹⁰⁶ Jean Watson (Estados Unidos, 1940), enfermera doctorada en Psicología Educativa y Asistencial (1970), Fundó el *Center for Human Caring* en Colorado y es autora de la Teoría del Cuidado Humano.

que no sólo engloba una faceta espiritual que debe adoptar el profesional hacia el paciente, sino que encuentra la importancia de tenerla omnipresente en la profesión en todas sus competencias. Para ello, el método empleado fue netamente metafísico, tal y como reconoce Watson, retomando las preguntas propias¹⁰⁷ de los autores de la Grecia Clásica y buscando respuestas a las mismas en la época actual y las cuales fuesen propias de la enfermería, que ayudasen a conformar ese cuerpo eticofilosófico del que carecía la enfermería y lo adoptaba de la medicina.

Esta intencionalidad de subsanar la carencia de conocimientos propios del cuerpo de enfermería, se confirma con la publicación de su segundo libro (*Nursing: the philosophy and science of caring*) el cual se basa en una visión postmoderna, la cual Watson argumenta como que “*si una profesión no tiene su propio idioma no existe, si la enfermería quiere sobrevivir en este milenio, entonces tiene que sostener y hacer explícito su pacto con el público que incluye el conocimiento, los valores, la ética y las prácticas expertas de cuidar, la curación, la salud, y los fenómenos de vida de las experiencias humanas*” (40) y establece una estructura metodológica a seguir para alcanzar dichos objetivos, incluyendo la plantilla una serie de patrones denominados los 10 factores Caritativos. Watson afirma que el término caritativos hace referencia a una situación entre la enfermera y el paciente en el cual hay amor y cariño, permitiendo llegar a una experimentación humana de una dimensión existencial y espiritual. A continuación detallamos los 10 guiones:

1. “*Humanismo, sistema altruista de valores*” (40): haciendo referencia a que la labor principal de la enfermería es el cuidado, el cual sólo se puede realizar de manera correcta a través de la “*bondad, la empatía, la preocupación y el amor por uno mismo y los demás*”¹⁰⁸ (40), los cuales son considerados valores humanos altruistas y base para la ciencia y la ética del cuidado.
2. “*Sostener la fe y la esperanza*” (40): en este punto Watson se remonta a la justificación histórica de la relación entre el cuerpo y la faceta espiritual: en las sociedades primitivas tal y como se ha detallado, los rituales religiosos y de brujería como tratamiento de las patologías, y posteriormente, la afirmación de Hipócrates de que

¹⁰⁷“¿Qué significa ser humano? ¿Qué significa cuidar? ¿Qué significa sanar? ¿Qué significa desarrollar conocimientos y prácticas acerca de los fenómenos de la vida y las experiencias humanas subjetivas? ¿Qué es un contexto filosófico viviente para explorar enfermería y sentido a la vida en la salud y la enfermedad?” (40)

¹⁰⁸ Estas virtudes son muy similares a las virtudes, valga la redundancia, de E. Pellegrino (Estados Unidos 1920-2013: médico especialista en bioética), que publica en *The virtues in Medical Practise* (1993): “*fidelidad a la confianza, compasión, prudencia, justicia, fortaleza y templanza, integridad y desprendimiento altruista*” (41).

antes de tratar la enfermedad, debe buscarse en el alma. En este paradigma se afirma que *“incluso cuando no hay nada más que hacer médicamente, la enfermera alimenta la fe del paciente y la esperanza, en algo o alguien más allá de su persona”* (40).

3. *“Sensibilidad con uno mismo y con los demás”* (40): este ítem parte del postulado que afirma que para poder relacionarse de manera humana con los demás se necesita desarrollar los valores anteriormente citados, aprender a valorar la intencionalidad de nuestros actos y ser capaces de sentir. Para poder sentir, Watson indica que es imprescindible conocer al “yo interno” de cada uno, y posteriormente tendremos la capacidad de sentir hacia los demás lo que ya hemos aprendido a sentir hacia nosotros y a autoaceptarnos. De forma que si una enfermera desarrolla esta capacidad, podrá descubrir un nuevo sentido a sus cuidados, siendo capaz de preocuparse por el enfermo, su comodidad y su bienestar de forma altruista, sintiéndose realizada por su labor.
4. *“Desarrollar la capacidad de ayuda, de confianza y de cuidado”* (40), con la que Watson se refiere a la trascendencia del vínculo enfermera-paciente, entendiendo que ésta sobrepasa una relación interpersonal pasando a ser transpersonal, en la que el profesional y el paciente crean una relación en la que ambos se encuentran involucrados en la otra persona, trascendiendo lo meramente físico.
5. *“Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos y las emociones positivas y negativas”* (40), se indica que la enfermera a través de la escucha, puede conseguir la relación trascendente anteriormente citada, en la cual el paciente se “abra” y exponga de manera honesta sus sentimientos, inquietudes, temores, etc. A partir de estos datos, el profesional será capaz de honrar la importancia de dicha actitud y de la historia contada, teniendo influencia psicológica esta atención hacia él y al mismo tiempo, servirá como herramienta para poder identificar aspectos emocionales no racionales con la situación que se está viviendo, pudiendo identificar otras necesidades.
6. *“Participar de manera creativa en el proceso de cuidar y en la solución de los problemas”* (40), entendiendo el término “creativo” como la importancia que se debe dar en el proceso de cuidar a todo tipo de datos: técnicos, clínicos, biológicos, psicológicos o espirituales, y las herramientas personales que se requieren para su análisis *“facultades, conocimientos, instintos, intuición, estética, tecnología, habilidades, datos empíricos, la ética, recursos personales e incluso espirituales”* (40).

7. *“Relación transpersonal en el ámbito de la docencia-aprendizaje”* (40) definiendo el proceso de aprendizaje como algo más que una simple transmisión de conocimientos, establecido por el sistema educativo autoritario clásico, y animando a las enfermeras docentes a ser capaces de establecer una relación de cuidado hacia el alumno, con el fin de que éste adquiriera la capacidad de autonomía para aprender y conocer nuevos datos.
8. *“Ofrecer un ambiente de apoyo, protección y/o corrección mental, físico, social y espiritual”* (40), entendiendo a la enfermera como campo de energía hacia el paciente que con sus recursos, aplica las medidas de control y confort al entorno de la persona tal y como describe Nightingale en su paradigma y añadiendo la perspectiva espiritual.
9. *“Ayudar con la satisfacción de las necesidades humanas básicas, preservando la dignidad humana y la integridad”* (40), debido a la responsabilidad de los profesionales y al amplio acceso que deben tener al cuerpo de la otra persona, llegando a manipular zonas íntimas, se recuerda la interrelación entre el cuerpo y el alma, indicando que cuando al igual que se realiza un contacto físico íntimo, también se accede a zonas íntimas del alma.
10. *“Estar abierto a dimensiones del cuidado y la curación, existenciales-fenomenológicas y espirituales”* (40), hace honor a *“creencias culturales, mitos, metáforas y al mundo de la vida interior subjetiva de la enfermera, de los pacientes y sus familias, lo que permite considerar curas y curaciones milagrosas”* (40).

Posteriormente, en su tercera publicación nombrada como *Postmodern nursing and beyond*, se produce una muy acusada crítica a los modelos y paradigmas médicos adoptados en el pasado, los cuales habían afectado a la enfermería (aunque aún no hubiese comenzado su etapa profesional), debido a la dependencia de esta disciplina para con la primera. A pesar de ser publicada en el año 1999, muy próxima al siglo XXI, su temática de crítica a la postura adoptada por los profesionales sanitarios en referencia al trato que tienden al paciente, se asemeja con la denuncia propia del siglo XX y con la corriente de la antimedicina. Como alternativa al reduccionismo biológico, defiende la unidad mente-cuerpo-espíritu, detallando más que en las obras anteriores la importancia de la intencionalidad del cuidador en referencia al ámbito espiritual de la persona enferma y contradiciendo el dualismo cartesiano de siglos anteriores.

Finalmente, *Caring science as sacred science* “se expande aún más sobre la obra original en el cuidado, ahora colocando el cuidado científico dentro de un contexto científico ético-moral-filosófico evolucionado, guiado por las obras de Emmanuel Lévinas¹⁰⁹ y Knud Løgstrup¹¹⁰. Este último trabajo busca una modelo de ciencia que reintegra la metafísica con el dominio físico, y reinvita a la ética como antes y por encima del ser en sí mismo” (40) según palabras de la propia Watson.

Por tanto se puede afirmar que a través de esta teoría la enfermería consigue como profesión un cuerpo de conocimientos éticos, morales y espirituales desarrollados de una manera extensa y argumentados en las obras de grandes filósofos de diversas etapas históricas, pudiéndose afirmar a nivel analítico la perfecta cuadratura de sus opiniones dentro de las corrientes de pensamiento en las que se enmarca la responsable de esta obra.

¹⁰⁹ Emmanuel Lévinas (1906-1955), filósofo y escritor francés que centra su obra en el existencialismo, la ética, la ontología y la filosofía judía tras la II Guerra Mundial.

¹¹⁰ Knud Ejler Løgstrup (1905-1981), filósofo y teólogo danés que combina en sus obras la teología, la fenomenología y el existencialismo.

3. ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

Aceptando como marco actual los tres últimos lustros, indicadores por tanto del comienzo del siglo XXI, analizaremos en qué etapa se encuentra la consideración de la antropología, la filosofía o la ética (entendidas como ciencias humanas) por parte de las profesiones sanitarias sobre las que se desarrolla este trabajo: enfermería y medicina.

Según la *Internationale Gesellschaft für Philosophische Praxis*¹¹¹ (IGPP), actualmente no se valora ninguna corriente filosófica novedosa, sino el posmodernismo heredado del siglo XX y el análisis de los cambios que se siguen produciendo debido a la modificación de la perspectiva producida por dicha escuela de pensamiento. Laín Entralgo define el comienzo de la medicina en el siglo XXI como una *“historia simultánea de un poderío y una perplejidad: el creciente poderío intelectual y técnico que ha dado al médico su cada vez más fina y honda penetración biofísica y bioquímica en la realidad orgánica del proceso morboso y la perplejidad, a la vez intelectual, técnica y ética, de advertir que ese saber tan inmenso y eficaz no resulta suficiente para entender y diagnosticar la real integridad de muchas enfermedades, y en consecuencia para tratarlas adecuadamente”* (36). Se podría por tanto afirmar que el comienzo del cambio acontecido en el siglo anterior, continúa reclutando defensores de una atención al paciente (tanto médica como enfermera) centrada en su yo como persona, su dignidad, sus conceptos filosóficos y religiosos, acompañando a todo ello la visión científico-técnica propia de nuestras exigencias laborales.

Sin embargo, Mainetti describe la medicina actual como: *“el diagnóstico actual puede etiquetarse como deshumanización, menoscabo de cualidades humanas, medicina desalmada, despersonalizada, que ha olvidado el hombre como su objetivo, al sujeto como su objeto propio”* (34). Considerando esta definición, este autor desarrolla su hipótesis acerca de cómo aunque en el siglo anterior comenzase un movimiento social de cambio tras percatarse de la interpretación errónea de la práctica sanitaria, es en la década del año 2000 cuando empieza a haber una concienciación de cambio, para lo que él propone proceder a comenzar una *“revolución conservadora”, “implantando formación humanística en las escuelas de medicina y enfermería (incorporando humanidades y ciencias sociomédicas)”* (34). Mediante este proceso, Mainetti pretende conseguir una racionalidad médica holística a través de la

¹¹¹ *Internationale Gesellschaft für Philosophische Praxis*, en castellano: Sociedad Internacional para la Práctica Filosófica (ISPP), es una sociedad de origen alemán fundada en 1982. En la actualidad se dedica a la consultoría filosófica profesional y facilita espacios para el debate sobre cuestiones filosóficas actuales.

comprensión y aceptación de tres conceptos: primero, ser conscientes de la crisis que produjo el cambio de los conceptos de salud y enfermedad¹¹²; en segundo lugar, que los profesionales tengan la capacidad de comprender la crisis que se produce en el enfermo y su realidad debido al proceso de enfermedad y por último, conocer “*la crisis en los valores técnicos y humanos que dan un nuevo sentido a la praxis*” (34).

Como síntesis del reflejo de los postulados defendidos por Laín Entralgo y Mainetti, el primero hace una referencia en su libro *La medicina actual: poderío y perplejidad* a una cita del segundo: “*Como diría José Alberto Mainetti, vivimos en la crisis de la razón médica que hemos heredado. Pues bien, estamos debatiéndonos en el prólogo de esa crisis. Todavía no hemos salido de ahí. Pero ese debatirnos tiene que estar ordenado por una visión de esa realidad, histórica, conceptual, intelectual, filosófica, ética, por tanto según lo que empiezan a mostrar a todos los profesionales las humanidades médicas*” (34).

Esta sensación sobre la situación actual en cuanto a la comprensión del paciente, es avalada en gran parte de la literatura. Se realizan críticas al reduccionismo biológico pasado y se busca la formación en humanidades, con el fin de capacitar a los profesionales con las herramientas psicológicas y sociales, o quizá simplemente capacitándoles para la reflexión para con sus pacientes y las situaciones en las que han de lidiar. Al ser estas críticas sustancialmente similares a las realizadas a lo largo de las últimas décadas del siglo XX, no es relevante su reinterpretación. Sin embargo tras la revisión bibliográfica, se contempla un consenso sobre ciertos factores, bien heredados de etapas pasadas o bien novedosos, los cuales son señalados como responsables parciales de dicha deshumanización. Autoras como Sandelowski¹¹³, Quero Rufián¹¹⁴ o Arroyo Gordo¹¹⁵, enumeran los siguientes:

¹¹² Según la OMS: “*la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”, y la enfermedad: “*alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar*”, de manera que se contemplan como dimensiones de la salud las esferas psíquicas y sociales, por lo que se confirma que la persona posee no sólo la dimensión biológica, sino el conjunto de las tres. Este concepto se deriva del Modelo biopsicosocial propuesto por Engel.

¹¹³ Margarete Sandelowski es profesora de Enfermería en la Universidad de Carolina del Norte. Tiene en su haber más de 125 publicaciones en el ámbito de las ciencias sociales y la enfermería, con especialidad en la investigación cualitativa, habiendo obtenido numerosos premios por ello.

¹¹⁴ Aurora Quero Rufián, enfermera española doctorada en antropología social y cultural por la Universidad de Granada en el año 2007, y profesora en la misma entidad. Es presidenta de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) y miembro de numerosas asociaciones, entre las que destaca North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

¹¹⁵ M^a del Pilar Arroyo Gordo, directora de la Escuela Universitaria de Enfermería Puerta de Hierro y directora de la revista Metas.

1. *“Entramado social”* (42) como referencia a la dualidad entre la *“cultura empresarial de las instituciones sanitarias y las instancias sociopolíticas: la primera promueve valores como la tenacidad, la eficiencia y la lealtad y las otras, la participación, el respeto, el bien común y la equidad”* (42). Como consecuencia de este conflicto de intereses, los autores anteriormente citados consideran que se tiende a producir a nivel general una tendencia ante los primeros valores enumerados desde las gerencias. Es entonces cuando prima una amortización empresarial de ciertos instrumentos, terapias y técnicas frente a la calidad humana o el bienestar del paciente y el profesional. De esta manera, se produce un protagonismo de los valores técnico-científicos que reportan beneficios y con los sistemas informáticos son fácilmente tangibles, relegando a un segundo plano la inversión en recursos que repercuten en ciertas necesidades humanas que no se limitan al campo científico y por tanto es más complejo cuantificar y reportan mínimos beneficios.
2. *“La estructura sanitaria”* (42) favorece la protocolización de la atención. Con ello se pretende la organización de los cuidados que ante fines técnicos y prácticos, supone un muy buen modelo. Sin embargo, también favorece el tratar “un conjunto de patologías” en vez de cuidar individualmente a cada una de las personas que forman el conjunto de pacientes a nuestro cargo, de forma que se sustituye la individualidad por el todo. Ante esta situación, no sólo en numerosas ocasiones pierde su nombre y pasa a ser denominado según el tipo de enfermedad que posee o el número de cama que le es asignado, olvidando así su identidad, sino que pierde cierta capacidad de decisión: pasa a aceptar y adoptar las normas impuestas por el hospital, sino que va a perder definida o indefinidamente su rol social y relaciones familiares, induciendo a una situación de indefensión ante lo desconocido que a día de hoy, muchos profesionales no se detienen a valorar.

Este factor se encuentra también relacionado con la denominada “cultura del trabajo”, en la que la saturación de pacientes en los diversos servicios supone un número muy elevado de personas asignadas a cada profesional, pasando a ser vistos como una carga y perdiendo la motivación de asistencia individualizada debido a la frustración que genera esta situación sobre el trabajador, agravándose por los criterios de competencia, productividad y eficacia de deben de cumplir estos últimos.

3. *“La formación y la práctica enfermera”* (42) *“la formación a día de hoy se centra en el desarrollo de habilidades técnicas, con escasos contenidos filosóficos o antropológicos-humanistas tiene como resultado, profesionales con elevado saber científico y gran pericia técnica, pero a veces, incapaces de reconocer a la persona enferma como fin en sí misma”* (43). Aunque la importancia de la formación actual se verá con más extensión posteriormente y abarcando también a la medicina, Arroyo Gordo defiende la recuperación de los modelos de las teóricas de la enfermería del siglo anterior (como Peplau o Watson) como base de los conocimientos a adquirir durante la formación enfermera con el fin de que dichos profesionales adquieran los valores asociados a la enfermería y por tanto, sean capaces de ofrecer el cuidado que buscamos mediante la formación humanística.

En contraposición, Sandelowski desarrolla su posicionamiento frente a la hegemonía técnica que se está produciendo en la formación enfermera, estableciendo programas docentes cuyo objetivo es ofrecer al mercado laboral y a la sociedad enfermeras con una alta preparación en habilidades técnicas, pero como dice la autora, careciendo absolutamente de la experiencia de comprender y brindar un auténtico cuidado a la persona enferma, explicando que *“debido a la técnica puede haber un sobre énfasis de la eficiencia, la especialización de la práctica y el desarrollo de la conformidad y la homogeneidad del producto, en el proceso y en el pensamiento (...) es la técnica, no los objetos tecnológicos lo que debemos confrontar ya que hemos delegado a la técnica el poder de la toma de decisiones y nos hemos apoyado en la técnica para desarrollar nuestro estatus profesional”* (42), relacionando por tanto también en el campo de la enfermería la superespecialización que ya se había analizado en el siglo XX en la medicina, pasando la enfermera a ser un mero agente de ejecución de procedimientos técnicos hacia el paciente.

4. *“Aspectos socio-culturales”* (42) en la sociedad actual influyen de gran manera en el paciente. El ya comenzado movimiento de la antimedicina, que generaba un descontento hacia el profesional y sin embargo un aumento de la confianza en los medios técnicos, continúa estando presente. Según argumenta Santos¹¹⁶, la sociedad actual determina en un grado muy alto como se ha de vivir y de morir. La persona ha

¹¹⁶ Especialista de Medicina General Integral y Miembro de la Cátedra de Ética del Centro de Formación y Promoción del Laico.

heredado la visión positivista de tener todos los medios instrumentales y científicos para vivir en las mejores condiciones posibles en relación con la salud, y no se contempla que ante semejante despliegue de recursos, no se pueda evitar la enfermedad y la muerte como causa derivada de ésta. Es por tanto que se ha deshumanizado la muerte y convertido en un *tabú*, considerando que si se llega a esa fase se debe a un fracaso médico. Referente a la función enfermera, argumenta que *“es posible que el elevado interés y confianza del paciente en la tecnología para su curación, le distancie de la enfermera y sólo puede relacionarse con ella como si ésta formara parte del instrumental y la maquinaria que tiene a disposición para la satisfacción de sus necesidades”* (43).

Por tanto, una vez se han identificado los factores que impiden desarrollar plenamente la faceta humanitaria, es necesario plantear soluciones para ello desde las tres principales perspectivas: la gerencia y organización hospitalaria, la formación de los profesionales y el abordaje para con el paciente consiguiendo un mejor abordaje. Una frase que nos invita a reflexionar mediante la síntesis de los aspectos anteriormente valorados, fue expuesta por Thomas H. Lee ¹¹⁷ profesor de Medicina en la Escuela de Medicina de Harvard en una entrevista para *Harvard Business Review* en abril de 2010 con el siguiente comentario: *“El problema de la atención médica actual es el estar manejado por personas como yo, doctores, (la mayoría hombres) con cincuenta años o más, que aprendimos Medicina cuando era más un arte que una ciencia y que no nos preocupaba en nada las finanzas. Fuimos entrenados para ir al hospital antes del amanecer y permanecer en el hospital hasta que el paciente a nuestro cargo estuviera estable, enfocando las necesidades de cada paciente personalmente sin preocuparnos por los costos que esto conllevara. Se nos enseñó a revisar cada resultado con nuestros propios ojos sin depender de nadie. La única vía para asegurar calidad era adoptar unos estándares personales muy altos en conocimientos y en decisión, luego enfrentarlos y responder personalmente por los resultados. Ahora los que fuimos instruidos en estas enseñanzas somos los encargados de una práctica médica que ha cambiado por*

¹¹⁷ Dr. Thomas H. Lee es licenciado en Historia y Ciencias en la Universidad de *Harvard* y Licenciado en Medicina en la Universidad de *Cornell Medical College*. Colaborador en diversas instituciones (director de salud en *Press Ganey*, Presidente de la Red de *Partners Healthcare System* y CEO de *Partners Healthcare Community*), posee más de 260 artículos publicados en revistas médicas de prestigio y anualmente se entrega en el Hospital *Brigham* un premio en su honor, el Premio Thomas H. Lee a la Excelencia en la Atención Primaria al médico que mejor satisface las necesidades de sus pacientes.

completo; esa práctica médica necesita un abordaje completamente distinto y se necesita de nuevos y diferentes tipos de líderes" (44).

Se refleja la crítica de un profesional que se encuentra activo actualmente, que conoce la realidad de los hospitales y las dificultades en los diferentes niveles. Este médico responde a la falta de complicidad desde la gestión hospitalaria mediante la justificación que se aporta a este nivel de la faceta humanística: como ya se ha visto en la identificación de las dificultades, un Hospital prefiere invertir en medios técnicos y profesionales altamente cualificados en procedimientos técnicos ya que son éstos los que generan una opinión social positiva, la cual se fomenta desde los medios de comunicación e influyen a la población con un posicionamiento puramente positivista y biologicista propio de los siglos XVIII y XIX, de manera que se convierte en una retoralimentación: desde los hospitales se oferta una visión de institución con grandes avances científicos, la prensa avala esta alta capacidad de avance generando una opinión pública favorecedora a este posicionamiento, lo que genera una demanda de la población que se centra en el avance técnico para satisfacer esas necesidades creadas.

Mediante esta hipótesis, Thomas Lee justifica la dificultad que va a generar abordar el problema desde estos escalafones. Aun así, no se identifica en ningún momento al avance científico y técnico como negativo para retomar la humanidad en el cuidado; ésta se valora como una faceta accesoria e imprescindible de la valoración multidimensional, pero que la mala interpretación considerando a esta primera la única meta de la medicina y la enfermería, lleva al error. Quizá uno de los motivos que está dando lugar a que se contemple la errática perspectiva adquirida es el nuevo abanico de conflictos en los que deben defenderse los profesionales derivados de los avances: eugenesia, eutanasia, aborto, manipulación de embriones humanos con fines reproductivos, de investigación, etc. En estas situaciones entran en conflicto los valores personales tanto del profesional como del paciente, de manera que se invita a los profesionales desde numerosas revistas científicas a contemplar el enunciado que recoge tanto el Código de Núremberg como la Declaración de Helsinki, el cual reza: "*no todo lo técnicamente posible es moralmente aceptable*" (45).

Esta reflexión nos lleva por último a analizar el tercer factor de cambio: la formación en valores de los profesionales. Mientras Diego Gracia¹¹⁸ refleja que *“el conocimiento humano del profesional no puede limitarse al estudio de los hechos, ni tampoco al de los valores entendidos como hechos, sino que necesita también ocuparse de los valores en tanto que valores”* (42), Mainetti manifiesta un mayor interés en la importancia de la formación en humanidades: *“...la introducción de las Humanidades Médicas representa así también un nuevo estatuto pedagógico de la medicina que replantea la vieja distinción académica entre la formación técnica (la que prepara para hacer bien algo) y la formación humanista (la que prepara para hacer alguien de bien). Más allá de los conocimientos, destrezas y aptitudes que aportan las humanidades aplicadas, su razón de ser es la cosmovisión del humanismo: la medicina es hoy una formidable herramienta al servicio de nuestra voluntad de vivir, pero sólo a través del arte, la religión o la filosofía nos acercamos al enigma de la existencia humana”* (34).

Llegados a este punto del trabajo resulta imposible negar la importancia que tienen estas disciplinas dentro de las carreras sanitarias: a través de la enseñanza de filosofía durante la formación universitaria se puede articular la planificación de otras asignaturas como la historia y evolución de la propia profesión, la antropología, sociología o psicología; contribuye mediante la ética y la bioética a obtener profesionales con una amplia capacidad de crítica y resolución de conflictos, con unos valores morales y sociales que van a guiar su práctica clínica; van a permitir que se obtengan los conocimientos y la moral para tratar y acompañar a las personas enfermas bajo nuestro cuidado, aconsejarlas y ayudarlas en momentos de crisis existencial como una enfermedad terminal, un diagnóstico grave o la pérdida de un familiar, situaciones que obligan a que el propio profesional tenga consigo mismo un conocimiento de sus sensaciones ante determinados acontecimientos que van a permitirle sentir una compasión y una asertividad con sus pacientes (46). A pesar de todas estas ventajas señaladas, entre otras muchas, actualmente continúa existiendo cierta tendencia al menosprecio de las ciencias sociales y de humanidades, considerándolas como una carga para los extensos planes de estudios (principalmente haciendo referencia a la medicina en este caso) y reduciendo el tiempo dedicado a ellas en los planes de estudios, *“considerándolas la*

¹¹⁸ Diego Gracia Guillén (Madrid, 1941), médico y filósofo español con amplio reconocimiento a nivel mundial en la materia de bioética. Discípulo de Laín Entralgo, es Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de Madrid, Consultor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y Académico de Número de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, entre otros relevantes cargos.

opción fácil que los alumnos deben aprender como formación accesorio en su tiempo libre, como ocurre en la Universidad de Nashville” (47), siendo ésta una visión muy extendida en numerosas Universidades, las cuales ofertan la formación en humanidades a través de asignaturas optativas o de conferencias de asistencia voluntaria, las cuales se suelen premiar con cierto reconocimiento de créditos.

La principal crítica a este modelo se basa en la afirmación que es justamente debido a la gran carga de conocimientos a la que están expuestos los estudiantes, la docencia de estas asignaturas dan lugar a *“alumnos que son pensadores flexibles y ágiles que en un futuro podrán hacer frente con habilidad a los nuevos conocimientos, la complejidad y la incertidumbre de un mundo que cambia rápidamente. Una competencia tal implicaría no sólo las habilidades cognitivas, sino también emocionales, esenciales para el desarrollo integral de su identidad profesional y de la competencia metacognitiva, es decir, pensar sobre el pensamiento y la emoción” (47).* A su vez, se defiende que para tener una correcta formación humanística, el aprendizaje no debe ser exclusivamente teórico, debe tener también una parte práctica y otra de observación de la práctica de otros, en la que comienza el denominado *“currículum oculto”, entendido como “las actitudes, expresiones y actuaciones que pueden identificar y aprender de manera espontánea los estudiantes de sus profesores” (42),* argumentando que cuando los estudiantes vean una crítica por parte de sus profesores ante los estamentos que les impidan realizar un cuidado acorde con la dignidad de la persona, sean capaces de argumentar de forma adecuada su denuncia.

Es por tanto la formación universitaria de médicos y enfermeras, entre otros profesionales de salud, el primer eslabón a modificar para conseguir el cambio deseado en la práctica diaria con las personas, a través del cual, según se argumenta con la búsqueda bibliográfica realizada, se podrá continuar con los cambios ya comenzados en esta materia.

Por ello estos aspectos han sido regulados, y en España actualmente la formación Universitaria se rige por el Libro Blanco de la Agencia nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, por lo que las asignaturas de humanidades pasan a formar parte obligatoria de los planes de estudio de las Universidades Españolas.

APARTADO II. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

4. JUSTIFICACIÓN

En el primer epígrafe de este trabajo hemos estudiado la constante influencia que han tenido las diversas corrientes filosóficas de pensamiento en las profesiones sanitarias, modificando paulatinamente los conceptos básicos sobre los que se estructuraban y las competencias que debían asumir ante las exigencias de la demanda social de acuerdo al marco histórico. Dichas responsabilidades han ido aumentando simétricamente conforme se poseía un mayor conocimiento técnico y había más capacidad de actuación ante ciertos dilemas que surgían, adquiriendo mayor relevancia la capacidad resolutive ética de dichos profesionales, los cuales debían enfrentarse diariamente a este tipo de conflictos. De la misma manera la exigencia a las que se someten médicos y enfermeras ha aumentado también en referencia a los conocimientos teóricos y a la interacción con el paciente, lo que implica un desarrollo de ciertas facetas de la persona que se han hecho indispensables en los últimos veinte años y que suponen características esenciales en cuanto al perfil de médico o enfermera que demanda el mercado, y en los cuales se ha demostrado una influencia positiva de la formación en humanidades y ciencias sociales para la adquisición de las mismas, justificando por tanto la estrecha relación histórica de ambas ramas del conocimiento no sólo a nivel profesional, sino de la labor constructiva que han tenido sobre los profesionales que se han formado en ellas.

El primer supuesto, la dificultad en las decisiones que se deben tomar en la asistencia en el momento actual, no se debe valorar de manera exclusiva la multidimensionalidad del paciente, sino también la de la persona que va a emitir el juicio y el constructo interno que va a determinar dicho proceso. Es por este motivo, la importancia de la repercusión que va a desempeñar la dimensión personal del futuro profesional en su práctica diaria, su capacidad de valorar al paciente como persona de manera holística y las decisiones que debe tomar, que se va a llevar a cabo un estudio de investigación sobre la repercusión sobre el desarrollo moral de los futuros médicos y enfermeras que tiene el estudio de asignaturas propias de la rama de humanidades.

Para entender la citada repercusión de la formación humanística y en los profesionales, es necesario encontrar una variable que las relacione, siendo ésta el desarrollo moral. Con el fin de comprenderlo mejor, se va a describir brevemente este concepto, comenzando por hacer

mención de Piaget¹¹⁹. Éste argumenta que la inteligencia y el pensamiento lógico se construyen de manera progresiva en el niño hasta llegar al estadio del adulto, siendo los factores biológicos, la tendencia natural de cada ser humano y la experiencia social y educativa las principales variables que permiten diferente desarrollo cognoscitivo en personas aparentemente similares en edad, situándoles en 6 niveles de desarrollo cognitivo.

Basándose en estas premisas, Kohlberg¹²⁰ aplica el modelo por escalafones cognitivos al desarrollo del juicio moral, definiendo este último como “*proceso cognitivo que permite reflexionar sobre los propios valores y ordenarlos de manera jerárquica y lógica, especialmente cuando se enfrenta a un dilema moral*” (48). Al igual que Piaget, Kohlberg distingue 3 niveles con dos subdivisiones cada uno y argumenta que éstos son recorridos de forma invariable por las personas conforme evoluciona su razonamiento moral desde la adolescencia a la edad adulta y que también es influido por las mismas variables que el desarrollo cognoscitivo, a excepción de la formación. Los niveles que se recogen en esta teoría hacen referencia a la relación que se establece entre la persona que debe aportar una solución, las normas y la expectativa social, no siendo lo fundamental la solución aportada al conflicto sino los valores que ha aportado el sujeto como argumentación de su elección.

- Nivel 1 o preconvencional:

1. “*Estadio 1 o de moralidad heterónoma*” (49), se valora desde una perspectiva egocéntrica en la cual la intencionalidad de la acción es valorada en cuanto la benevolencia o maleficencia de las consecuencias y en la cual predomina la evasión del castigo.
2. “*Estadio 2 o de individualismo, fines instrumentales e intercambio*” (49), en él la persona se percata de que todos los individuos poseen intereses propios, por lo que cada uno debe actuar para complacer los mismos, de manera que la justicia se convierte en un concepto arbitrario y subjetivo.

- Nivel 2 o convencional:

3. “*Estadio 3 o de expectativas interpersonales mutuas y conformidad interpersonal*” (49), en el que se comienza a valorar los sentimientos ajenos y

¹¹⁹ Jean Piaget (Suiza, 1896- Ginebra, 1980), es considerado uno de los principales investigadores en psicología infantil y precursor de la Psicología del Desarrollo. Obtuvo su doctorado a los 21 años y cuenta en su haber con numerosas obras publicadas, destacando *La psicología de la inteligencia* y *El desarrollo del pensamiento*.

¹²⁰ Lawrence Kohlberg (1927-1987), psicólogo estadounidense doctorado en filosofía sobre el desarrollo del juicio moral.

la principal finalidad de las obras es ser bueno ante la opinión social, siguiendo las pautas de conducta aprobadas por la misma.

4. “*Estadio 4 o sistema social y de conciencia*” (49) en el que el individuo se siente identificado con la normativa establecida y es la que le marca las pautas para su actuación, pudiendo quebrantar estas normas únicamente en situaciones extremas.
- Nivel 3 o postconvencional:
 5. “*Estadio 5 o contrato social y derechos individuales*” (49) en este escalón el sujeto es consciente de manera racional de los valores personales previos al contrato social que es recogido en la legislación, teniendo por tanto la capacidad de reconocer e identificar sus propios valores así como los de las personas de su entorno, siendo por tanto consciente de que en algunas ocasiones se presentan dilemas en los que los valores de los sujetos entran en conflicto con las leyes vigentes, encontrando de esta manera dificultades para elaborar una solución “justa”.
 6. “*Estadio 6 o principios éticos universales*” (49) en la que el ser humano ha adquirido conciencia moral de que “*las personas son fines en sí mismos y como tal se les debe tratar*” (49), actuando a favor de los principios universales¹²¹.

Kohlberg afirma que la mayor parte de las personas comprendidas entre los 17 y los 22 años se encuentran en un estadio 4, siendo muy pocas las personas que consiguen acceder a un nivel de desarrollo moral postconvencional, y siendo mínimo el porcentaje que alcanzarían el estadio 6. Sin embargo, esta hipótesis es refutada por Blatt¹²² quién pretende demostrar que “*si a las personas se les presenta de manera sistemática un razonamiento moral correspondiente a una etapa inmediatamente superior a la propia, serían atraídos por ese razonamiento y, al tratar de apoderarse de él, se estimularía el desarrollo hacia la siguiente etapa de juicio moral*” (50).

¹²¹ Los principios universales reflejados por Kohlberg son “*la justicia, la igualdad de derechos humanos y el respeto por la dignidad de los seres humanos como individuos*” (49).

¹²² Mosche Blatt (Nueva York 1919-2002) estableció su tesis doctoral sobre la hipótesis de Elliot Turiel y James Rest sobre la práctica de que si se formase a las personas en ciertas disciplinas, como ética, antropología, conocimiento de la transculturalidad, filosofía o psicología, éstas podrían alcanzar un nivel más elevado de desarrollo moral que el establecido de forma natural.

Una vez demostrada por tanto la verdadera influencia de la formación en el desarrollo moral, estudios recientes^{123 124 125} establecen una línea de influencia por una parte entre la conciencia emocional¹²⁶ y el desarrollo moral, argumentando que al poseer una adecuada conciencia emocional “*se posibilita poder ejercer control sobre los estados emocionales, buscando el equilibrio o idoneidad emocional tanto en su duración e intensidad como en su adecuación a la situación personal y real del momento*” (48) evitando por tanto un posicionamiento egocentrista propio de los primeros estadios de Kohlberg, en los que se decidiría a través de modelos afectivo-emocionales subjetivistas, de tal forma que un profesional no podría decidir de acuerdo a los principios éticos y no estaría actuando en representación a las competencias y capacidades que se exige actualmente. Por otra, se elabora una segunda relación entre esta conciencia y la competencia emocional¹²⁷ “*el dominio de la conciencia emocional favorece el pensamiento flexible y creativo, la toma de decisiones, la toma de conciencia de distintas perspectiva o puntos de vista para afrontar un problema, además de aumentar la atención y la memoria*” (48).

De esta manera se puede concluir que mediante una adecuada formación se pueden adquirir niveles de desarrollo moral más elevados, lo que van a permitir tal y como enumeraba Watson en su teoría: la capacidad de ayuda a los demás, capacitación de la enfermera para la toma de decisiones en problemas morales de forma creativa y desarrollar un sistema altruista de valores (evitando por tanto las posturas egocentristas). A su vez y aunque no sea el objetivo de la siguiente investigación, señalar que mediante las competencias emocionales se consigue el perfil que se describía para el profesional actual, el cual debido a las innumerables materias en las que debe ser pionero para ofrecer una asistencia de calidad, se precisaba un conocimiento flexible y con gran capacidad resolutive.

¹²³ Iriarte Redín C, Alonso-Gancedo N, Sobrino A. Relaciones entre el desarrollo emocional y moral a tener en cuenta en el ámbito educativo: propuesta de un programa de intervención. Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa [revista en Internet]* 2006 [acceso el 10 de Abril de 2015]**; 8 (4): [177-212]. Disponible en: http://www.investigacion-psicopedagogica.com/revista/articulos/8/espanol/Art_8_100.pdf

¹²⁴ Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. Emotional intelligence as zeitgeist, as personality, and as a mental ability. American Psychological Association [revista en Internet]* 2001 [acceso el 10 de Abril de 2015]**; [92-117]. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2001-00355-005>

¹²⁵ Hoffman ML. Moral development and behavior. 6ª Ed. Routledge: publicado online 2014. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02103702.1983.10822007#>

¹²⁶ Conciencia emocional entendida como “*la capacidad de reconocer las emociones en el momento en que aparecen, ser consciente de su funcionamiento y consecuencias*” (48).

¹²⁷ Competencia emocional: “*la forma en la que una persona utiliza todos sus recursos personales (habilidades, actitudes, conocimientos y experiencias) para dar respuestas pensadas, sentidas afectivas y actualizadas a las demandas del plano afectivo en un entorno complejo, contradictorio y cambiante en el que se inscribe su vida*” (51, 52, 53).

Finalmente, señalar por tanto que la formación en humanidades y ciencias sociales adquiere en este momento tanta relevancia debido a que con ella se mejora el desarrollo moral y las competencias emocionales, obteniendo teóricamente una mejora en cuanto al conocimiento personal de uno mismo implicando la misma mejora en el conocimiento biopsicosocial del paciente. Este posicionamiento se encuentra respaldado en España mediante la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) y la publicación de una serie de documentos, denominados Libros Blancos, los cuales recogen un análisis de la realidad de los diferentes Grados Profesionales. Entre otros epígrafes de los documentos, se recoge un guion dedicado exclusivamente a determinar los perfiles profesionales requeridos tras la formación universitaria y las competencias que han debido adquirir dichas personas, pudiendo por tanto deducir la significación que se otorga a estas facetas. A su vez, y como método de consecución de las mismas, se establecen las pautas para estructurar las materias obligatorias que deben ser cursadas, así como las horas de trabajo que han de invertirse y los créditos otorgados por ellas, adquiriendo así una relevancia curricular de la que se carecía anteriormente.

En el Libro Blanco de Enfermería se recogen las siguientes líneas en cuanto a las competencias ante las que debe responder el perfil de un graduado en Enfermería:

1. *“Competencias asociadas con los valores profesionales y la función de la enfermera. Primordialmente significa proporcionar cuidados en un entorno en el que se promueve el respeto a los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad y ejercer con responsabilidad y excelente profesionalidad tanto en las actividades autónomas como en las interdependientes.*
2. *Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas. Supone entre otros, emitir juicios y decisiones clínicas sobre la persona sujeto y objeto de cuidados, que deben basarse en valoraciones integrales, así como en evidencias científicas. Significa también mantener la competencia mediante la formación continuada.*
3. *Capacidad para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos. Supone realizar valoraciones, procedimientos y técnicas con pleno conocimiento de causa, destreza y habilidad excelentes y con la máxima seguridad para la persona que lo recibe y para uno*

mismo. Estaría también en este apartado todas las intervenciones de enfermería ligadas a la promoción de la salud, la educación sanitaria, etc.

- 4. Conocimiento y competencias cognitivas. Significa actualizar los conocimientos y estar al corriente de los avances tecnológicos y científicos, cerciorándose que la aplicación de estos últimos son compatibles con la seguridad, dignidad y derechos de las personas.*
- 5. Competencias interpersonales y de comunicación (incluidas las tecnologías para la comunicación). Supone proporcionar la información adaptada a las necesidades del interlocutor, establecer una comunicación fluida y proporcionar un óptimo soporte emocional. También significa utilizar sistemas de registro y de gestión de la información utilizando el código ético, garantizando la confidencialidad.*
- 6. Competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo. Supone capacidad para trabajar y liderar equipos y también garantizar la calidad de los cuidados a las personas, familias y grupos, optimizando los recursos” (49).*

Destacando los guiones 1 y 2 por su significativa relación con los estadios 5 y 6 del desarrollo moral de Kohlberg y el 3, 4, 5 y 6 con las capacidades derivadas de ciertas competencias emocionales.

Por otra parte, en el Libro Blanco de Medicina, describe que:

“La formación básica del médico garantizará que se han adquirido los siguientes conocimientos y competencias:

- Un conocimiento adecuado de las ciencias en las que se funda la medicina, así como una buena comprensión de los métodos científicos, incluidos los principios de medida de las funciones biológicas, de la evaluación de los hechos científicamente probados y del análisis de datos.*
- Un conocimiento adecuado de la estructura, de las funciones y del comportamiento de los seres humanos, sanos y enfermos, así como de las relaciones entre el estado de salud del hombre y su entorno físico y social.*
- Un conocimiento adecuado de las materias y de las prácticas clínicas que le proporcione una visión coherente de las enfermedades mentales y físicas, de la medicina en sus aspectos preventivo, diagnóstico y terapéutico, así como de la reproducción humana.*

- *Una experiencia clínica adecuada adquirida en hospitales bajo la oportuna supervisión” (50).*

En este caso, aunque se percibe una connotación y un perfil orientado a las disciplinas puramente técnicas, tras una lectura más detallada se objetiva la importancia de la comprensión de las funciones, del comportamiento de los seres humanos y de los factores que influyen en ellos.

Por tanto, en los Libros Blancos de cada uno de los Grados se incluye un organigrama con las asignaturas que deben implantarse de forma obligatoria en referencia a las diversas áreas de conocimiento, así como los créditos que deben destinarse a cada una de ellas (Consultar Anexo 1).

5. ANTECEDENTES

Hay que especificar que al igual que se han elaborado numerosos estudios en lo referente a desarrollo moral en la infancia y adolescencia, se encuentran escasas referencias a nivel universitario y más concretamente, en el ámbito de las ciencias sanitarias. A su vez, de los estudios encontrados en los que se utiliza la misma herramienta utilizada en este trabajo, *Defining Issues Test* (DIT) o alguna de sus variables¹²⁸ dependiendo de la validación de la encuesta, los resultados obtenidos son dispares.

La Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA)¹²⁹ de Venezuela llevó a cabo en el año 2010 un estudio no experimental, de campo, de tipo correlacional con el fin de establecer posibles relaciones entre la formación humanística de pregrado alcanzada por los estudiantes de enfermería y medicina y su nivel de desarrollo emocional. La muestra se comprende por n= 87 estudiantes de Medicina y n= 44 estudiantes de Enfermería, siendo éstos seleccionados de manera probabilística. Como herramienta de análisis se utiliza la adaptación venezolana de la versión reducida del (DIT) de tres dilemas. El estudio muestra unos resultados que sitúan a los estudiantes en un nivel de desarrollo moral 4, no siendo significativas las diferencias encontradas al ser comparados con muestras latinoamericanas, aunque permiten implantar formación moral dirigida a las facultades de Ciencias de la Salud.

Mientras que el estudio anterior descarta la influencia de la formación en humanidades en el desarrollo moral, otros plantean cuestiones acerca de si es el plan de estudios de las facultades lo que impide una adecuada evolución. El *Medical knowledge that matters*¹³⁰ recoge una investigación llevada a cabo en la Universidad de Sherbrook. Para ello se selecciona una n=92, todos ellos estudiantes de medicina, a los cuales se les somete al inicio de su primer año y al final de su tercero a la Entrevista de juicio moral de Kohlberg en su validación francesa.

¹²⁸ Moral Judgment Test (MJT) en América o el Cuestionario de Opinión sobre Problemas Sociales (COPS) en Latinoamérica.

¹²⁹ Torres A, Montilva M, Ramírez JJ, Zerpa C, Zapata E, García M et al. Desarrollo moral en estudiantes de medicina y enfermería de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA)- Venezuela. Revista de la Facultad de Medicina [revista en Internet]* 2010 [acceso el 11 de Abril de 2015]**; 33 (1): [36-41]. Disponible en: http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Medicina/41.pdf

¹³⁰ Patenaude J, Niyosenga T, Fabard D. Changes in students' moral development during medical school: a cohort study. CMAJ: Medical knowledge that matters [revista en Internet]* 2003 [acceso el 11 de Abril de 2015]**; 168 (7): [840-844]. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/content/168/7/840.short>

La información recogida muestra que al comparar las pruebas pre y post, no se muestran cambios significativos de desarrollo en un 72% de la muestra seleccionada, un 13% descendió en el estadio de desarrollo moral y un 15% avanzó en la misma, situándose en un desarrollo postconvencional. Además, se subraya la disminución significativa en el desarrollo moral ($p < 0,028$) en las puntuaciones promedio analizadas. Tras esto, los autores plantean cuestiones sobre la existencia de un “*currículo oculto en la estructura de la educación médica que inhibe en lugar de facilitar el desarrollo del razonamiento moral*”.

Continuando la misma sospecha, en 2011 se plantea un estudio transversal¹³¹ a tres cohortes consecutivas 2002 ($n = 207$), 2003 ($n = 192$) y 2004 ($n = 139$) mediante la utilización del DIT y $n=707$ en los mismos años pero en sexto curso de medicina. A su vez se seleccionaron 298 controles asociados por edad sin educación universitaria. En primer lugar, para eliminar el sesgo de la edad, se relaciona el DIT de los estudiantes de medicina y del grupo control con la misma edad, no encontrando correlación significativa r de Pearson= 0,07 o $p= 0,069$ para los estudiantes y $r = 0,02$ ($p = 0,783$) para los controles, lo que se plasmó en la interpretación de que en este caso, la edad no era significativa en el desarrollo moral, atribuyendo por tanto las diferencias a la formación que había recibido el primer grupo. Por otra parte con la finalidad de comprobar el sesgo derivado del sexo (mayor desarrollo en las mujeres), tal y como apunta la literatura, se encuentra “*baja pero estadísticamente significativa correlación en la dirección esperada*”. Finalmente en el mismo estudio se señalan diferencias significativas ($p < 0,0065$) ante la comparación del cuestionario realizado a los alumnos de 3º y de 6º, estando los primeros en un estadio postconvencional y disminuyendo éste a un estadio 4 o convencional en el último año. Ante esta inesperada disminución, los investigadores argumentan la relación con el plan de estudios: mientras los primeros años de carrera se impartían mayor número de asignaturas relacionadas con las humanidades, a partir de tercero la formación es principalmente clínica, por lo que argumentan que la falta de continuidad de las primeras asignaturas unido a la dificultad de las nuevas materias, conllevan una regresión en el razonamiento moral. Para poder demostrar dicha afirmación, se plantea en prospectiva de un estudio a realizar en Zagreb para evaluar el

¹³¹ Hren D, Marušić M, Marušić A. Regression of Moral Reasoning during Medical Education: Combined Design Study to Evaluate the Effect of Clinical Study Years. Plos One [revista en Internet]* 2011 [acceso el 11 de Abril de 2015]**; 10: [aprox. 7 Págs.]. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0017406#pone-0017406-g003>

desarrollo moral en relación con la estructuración de su plan de estudios, el cual aún no ha sido publicado.

Por el contrario, un estudio realizado en el año 2004 por el departamento de Psicología Social de la Universidad de Helsinki¹³² plantea como objetivo medir la relación entre el desarrollo moral y las nuevas competencias adquiridas durante la formación completa de los estudiantes que aspiran a ser matrona, cuya duración es de 3 años. Se plantea un estudio aleatorio y de seguimiento simple ciego en 72 estudiantes mediante la Prueba Estándar de Juicio Moral (MJT) y dividiendo a su vez estos estudiantes en dos grupos: aquellos que recibieron formación ética de manera activa y aquellos que no, siendo denominados pasivos.

Los datos obtenidos destacan que mientras que la evolución de aquellos estudiantes que pertenecían al grupo de activos si se obtienen resultados significativos que abalan un mayor desarrollo moral ($p = 0,14$), los volcados en las distintas mediciones realizadas al grupo pasivo eran insignificantes las variaciones ($p=0,41$ y $p=0,38$). Tras esto, se destaca como conclusión el “*aumento de la esperanza de la mejora en la eficacia de la formación en ética*”.

En la misma línea de trabajo, la *Academic Medicine (Journal of the Association of American Medical Colleges)*¹³³ recoge en su edición digital un estudio llevado a cabo en 1989. El objetivo planteado fue la comparación de la implementación de dos planes diferentes de formación en ética médica y otras asignaturas de humanidades (no especificadas) y establecer las diferencias en cuanto al razonamiento moral frente a los conflictos (implícito por tanto en el desarrollo moral). Una de las opciones se basaba en la introducción de asignaturas propias a lo largo de toda la carrera, mientras que en el segundo la docencia era a través de conferencias y discusiones de casos puntuales, siendo posteriormente comparados ambos con un grupo control que no habría recibido ningún contacto con estas materias de manera oficial. Mientras que ante el sometimiento a la entrevista moral de los dilemas de

¹³² Auvineen J, Suominen T, Leino-Kilpi H, Helkama K. The development of moral judgment during nursing education in Finland. Nurse Education Today [revista en Internet]* 2004 [acceso el 11 de Abril de 2015]**; 24 (7): [538-546]. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/8250793_The_development_of_moral_judgment_during_nursing_education_in_Finland

¹³³ Self DJ, Wolinsky FD, Baldwin DC. The effect of teaching medical ethics on medical students: moral reasoning. Academic Medicine [revista en Internet]* 1989 [acceso el 12 de Abril de 2015]**; 64 (12). Disponible en: http://journals.lww.com/academicmedicine/abstract/1989/12000/the_effect_of_teaching_medical_ethics_on_medical.14.aspx

Kohlberg de manera previa en todos los grupos, incluyendo el control, no aporta diferencias significativas en la base ($p \leq 0,18$), los resultados muestran un aumento estadísticamente significativo ($p < 0,0001$) en la misma herramienta en los grupos que reciben la formación estudiada, con independencia del plan humanístico que hubiesen recibido. En las conclusiones se destaca el hecho de que no se observa que el sexo, la edad y la media del expediente académico pregrado estuviesen relacionados con posibles varianzas en la prueba realizada, siendo por tanto la única variable de influencia la inclusión de las materias ya mencionadas.

Finalmente y al igual que en el caso anterior, en el *Medical Education*¹³⁴ se refleja un estudio de cohortes cuya hipótesis se basaba en el “*aumento significativo en el crecimiento y desarrollo del razonamiento de los estudiantes de medicina tras obtener una enseñanza formal en ética médica*”. Para ello se estableció un grupo el cual revió dicha asignatura frente al grupo control que no la cursó. Se utilizó como herramienta de medición el DIT, en dos fases: al conjunto completo de estudiantes se les hizo rellenar el test antes y después del curso. Tras esto, se informan de dos resultados: por un lado, se observan resultados significativos que corroboran un mayor nivel de razonamiento moral en los estudiantes que cursaron ética frente al grupo control ($p \leq 0,0005$); por otro, se ajustaron en ambos grupos las puntuaciones del posttest, restándoles a estas la puntuación obtenida en el test previo, dando lugar a datos más significativos que respaldan la misma hipótesis ($p \leq 0,0002$).

¹³⁴ Self DJ, Baldwin DC, Wolinsky FD. Evaluation of teaching medical ethics by an assessment of moral reasoning. *Medical Education* [revista en Internet]* 2009 [acceso el 13 de Abril de 2015]**; 26 (3): [178-184]. Disponible en: http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1365-2923.1992.tb00151.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED

6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

6.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Tras todo lo analizado anteriormente, se establece por tanto una relación entre la formación en humanidades con una orientación moral y de las ciencias sociales, principalmente aquellas disciplinas que, como la psicología, la ética o la filosofía moral. Esta relación adquiere dos vertientes: por una parte, la capacitación teórica y de recursos personales que se adquiere al cursarlas y que permiten a la persona ser capaz de realizar una valoración holística de su paciente, teniendo en cuenta en el trato directo y en el cuidado aspectos significativos que condicionan la vivencia de la enfermedad, tal como señalaban y se refleja en el marco históricos los principales teóricos de medicina y enfermería.

Otra de las facetas que se resalta, es la capacitación para aumentar la capacidad de desarrollo moral y por tanto su adquisición de competencias, lo que favorece alcanzar al estudiante el perfil demandado para su ejercicio laboral. Si bien es cierto que los estudios previos ofrecen diversos resultados, en todos ellos se plantea una relación directa.

6.2. HIPÓTESIS

Por lo citado anteriormente, partimos de la hipótesis de que la formación humanística favorece el desarrollo moral en los alumnos de los Grados de Enfermería y Medicina.

6.3. OBJETIVOS

Objetivo principal: Evaluar si la formación humanística favorece el desarrollo moral en los alumnos de los Grados de Enfermería y Medicina durante la carrera en la Universidad Francisco de Vitoria.

Objetivos secundarios:

- Valorar la evolución o el retroceso en el desarrollo moral de los alumnos en relación con la continuidad de asignaturas de ciencias de humanidades en el plan de estudios.

- Valorar la importancia que se da, por parte de los alumnos, a la formación en humanidades.
- Conocer la relación entre un mayor desarrollo moral y la capacidad de decisión ante diferentes dilemas.
- Identificar la repercusión de la formación humanística recibida por las enfermeras en la valoración biopsicosocial del paciente.
- Establecer la influencia de otras variables (sexo, edad y religión) en el desarrollo moral de los alumnos.

6.4. DISEÑO

El estudio que se ha llevado a cabo es analítico-descriptivo; observacional, puesto que no se modifica el plan de estudios de los alumnos, únicamente se estudia la evolución de los mismos; transversal, puesto que la medición se ha realizado una única vez a toda la población y retrospectivo, puesto que todos los sujetos ya han comenzado con su formación.

6.5. PLOBAIÓN DE ESTUDIO

Alumnos desde 1º hasta 4º de Grado de Enfermería en la Universidad Francisco de Vitoria.

Criterios de inclusión:

- Alumnos de Enfermería de la Universidad Francisco de Vitoria entre 18 y 23 años.

Criterios de exclusión:

- Alumnos de Enfermería de la Universidad Francisco de Vitoria mayores de 23 años.

6.6. VARIABLES

Las variables que se van a estudiar se pueden dividir en dos apartados:

Personal:

- Sexo.
- Edad.
- Si es creyente el sujeto.
- Qué religión profesa.
- Si es practicante.

Formación:

- Carrera que está cursando.
- Curso en el que se encuentra.
- Si ha recibido algún tipo de formación humanística (además de su respuesta, se conoce el número de horas de formación que ha recibido tras la comparación con su plan de estudios).

6.7. DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio ha presentado ciertas dificultades. En primer lugar, para haber conseguido unos resultados con mayor fiabilidad, se debería haber seleccionado la muestra en alumnos recién incorporados a la Universidad que no hubieran cursado en ésta ninguna asignatura propia de la rama de humanidades ni de ciencias sociales (psicología, habilidades de comunicación, etc.) y haber realizado una primera medición. Posteriormente, se habría pasado la misma herramienta de evaluación al finalizar los diferentes cursos y una última vez al finalizar el Grado. En este caso, la investigación habría sido longitudinal en vez de transversal.

Con ello se habría evitado una serie de sesgos que han podido darse en el estudio actual. En este caso, se han entregado las encuestas a los alumnos que se encontraban en los diferentes cursos, debido a que es una población con unas características socio-culturales

similares y se encuentran comprendidas dentro del intervalo de edad (seis años de diferencia) que los estudios indican que no supone un sesgo sustancial en los resultados. De esta manera, aunque se trate de grupos de población parecidos, se asume que puede haber una ligera distorsión en la evaluación del desarrollo moral debido a que no se trata de los mismos sujetos.

Por otra parte, el acceso a la herramienta de medida (DIT) es seleccionada debido a que es el único cuestionario que mide esencialmente el desarrollo moral en los estadios 5 y 6, mientras que el resto están enfocados a niños y adolescentes, estudiando estadios preconconvencionales o convencionales de este desarrollo. Sin embargo, el acceso a esta herramienta es complicado, y se requiere autorización de su autor. Por ello se envía un correo electrónico con la finalidad de obtener dicha escala, sin obtener respuesta. Tras ello, se procede a redactar una encuesta de elaboración personal.

Otra de las limitaciones ha sido el acceso a los alumnos: en el caso de enfermería, en los cursos de 1º a 3º, las encuestas eran entregadas por parte de los profesores en las aulas, por lo que podría darse un sesgo.

Finalmente y aunque el estudio estaba planteado para acoger alumnos de Medicina junto con los de Enfermería, no se puede acceder a los primeros debido a el Departamento de Calidad de la Universidad únicamente permite entregar cuestionarios a los alumnos de medicina cuando éstos pertenezcan a procesos de dicho departamento, por lo que la población de estudio se encuentra limitada.

6.8. METODOLOGÍA

Como herramienta de evaluación se redacta una encuesta de elaboración personal (consultar Anexo 2) que cuenta con dos partes diferenciadas: la primera en la que se reflejan cuestiones con un fin descriptivo de la población de estudio y que a su vez sirve para establecer un control sobre los sesgos que pueden influir en los resultados. En la segunda parte, se escogen dos de los dilemas incluidos en el DIT, así como los doce enunciados originales para su valoración, modificando la temática de ambos con el fin de relacionarlos con situaciones que se pueden dar en realidad en el ámbito universitario u hospitalario.

Para la recogida de datos, se entrega en primer lugar a los alumnos (por los diferentes métodos descritos en el apartado anterior dependiendo al curso en el que se encuentren) un consentimiento informado, en el cual se explica la finalidad de este estudio así como el anonimato y la confidencialidad de los datos recogidos en los cuestionarios. Posteriormente, se entrega la encuesta a rellenar (consultar Anexo II).

El cuestionario consta de dos partes: en la primera se pregunta sobre cuestiones personales que pueden inducir a sesgo en la investigación y en la segunda se describen dos dilemas morales. En primer lugar y en cada uno de ellos, tras la lectura del supuesto se pregunta al sujeto sobre su opinión acerca de la acción que se debe realizar con tres opciones posibles: hacerlo, no hacerlo o no sabe. A continuación, se describen 12 ítems y se pide al receptor de la encuesta que valore cada uno de ellos según la importancia que tiene ese enunciado como argumento para apoyar su decisión, clasificándose como: muchísima importancia, mucha, bastante, poca o ninguna. Finalmente, se pide que decidan cuales de los 4 argumentos anteriores son los más significativos y que los ordenen del 1º a 4º en orden de importancia, siendo éstos 4 argumentos los que van a ser de utilidad para valorar su desarrollo moral.

Los datos obtenidos son organizados en una base de datos para facilitar el trabajo con los mismos (consultar Anexo III). Siguiendo los pasos para la corrección del DIT, obtenidos en el artículo publicado por el Dr. Palacios¹³⁵, se procede a sustituir los valores obtenidos en cada supuesto y clasificados como los 4 más importantes por los valores asignados en el artículo. De esta forma, se observa que de los 12 ítems algunos de ellos son puntuados con el valor 5A (al que nosotros le asignamos una puntuación de 1, equivalente a un estadio 5); con el valor 5B y 6 (sustituido por el valor 2, equivalente a un estadio 6) y por puntuaciones M y P (con valor -1, que reflejan que los sujetos no han alcanzado un estadio postconvencional o no han entendido la encuesta), siendo el resto de valores sustituidos por 0 al no poseer relevancia para nuestra valoración. Se realiza el sumatorio de las puntuaciones obtenidas en ambos supuestos y se procede a clasificar: tras realizar dichas sustituciones, se valora que aquellos alumnos con una puntuación de 2 o superior se encontrarían en un estadio 6, los que posean un 1 sería un estadio 5 y con un 0 o -1, no habrían alcanzado un nivel postconvencional.

¹³⁵ Palacios Navarro S. El uso informatizado del cuestionario de problemas sociomorales (DIT) de Rest. Pixel [revista en Internet]* 2003 [acceso el 20 de Abril de 2015]**; 20: [10 Págs.]. Disponible en: <http://www.sav.us.es/pixelbit/pixelbit/articulos/n20/n20art/art2001.htm>

Finalmente, los resultados son valorados para encontrar diferencias significativas según diferentes variables: sexo, edad, creencia, si practica su religión o el curso en el que se encuentra (valorando por tanto la carga docente recibida la cual es acumulable conforme aumentan los cursos).

6.9. CRONOGRAMA

Los tiempos en los que se ha estructurado el presente trabajo de investigación son los siguientes:

1. Búsqueda bibliográfica y trabajo de documentación: 2 meses.
2. Establecimiento de las bases y redacción: 2 meses.
3. Fase de reclutamiento y recogida de datos: 3 semanas.
4. Análisis de datos: 3 semanas.

6.10. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo de investigación (consultar Anexo III), muestran que no se observan diferencias significativas del desarrollo moral en función del sexo ($p > 0,241$), en función de la edad ($p > 0,02$), de la creencia ($p = 0,949$) ni de la práctica de la misma ($p = 0,5032$), encontrando sin embargo diferencias significativas en referencia al curso: entre 1º y 4º ($p \leq 0,000000000001$), entre 2º y 4º ($p \leq 0,000002$) y entre 3º y 4º ($p \leq 0,00002$), no siendo significativas el resto de posibles combinaciones: 1º-2º ($p \geq 0,285$), 1º-3º ($p \geq 1$), 2º-3º ($p \geq 1$). De esta manera se puede establecer que la variable que provoca el aumento en el desarrollo moral de los alumnos es de manera exclusiva el progresivo aumento de los conocimientos que, de manera acumulativa, van adquiriendo los alumnos conforme avanzan en los cursos de Enfermería.

Al analizar esta progresión, a través de las medias de desarrollo moral por curso (sin distinción de edad, sexo, creencia o práctica) se valora como: en 1º $\bar{x} = 1,04$ (estadio 5); 2º $\bar{x} = 1,98$ (estadio 5); 3º $\bar{x} = 1,56$ (estadio 5) y 4º $\bar{x} = 2,082$ (estadio 6). De esta manera se observa una progresión constante en el desarrollo emocional, excepto en 3º que se produce un

retroceso en 0,4 décimas, posiblemente asociado a la escasa muestra que se ha podido analizar en este curso $n=24$ o como establecen otros artículos¹³⁶, factores como el Síndrome de Burnout o simplemente el estrés ante una sobrecarga (en este caso en 3º se observa en el análisis del plan de estudios recogido en el Anexo IV, la simultaneidad de formación teórica y práctica), pueden suponer un impedimento para el desarrollo de competencias como la sensibilidad o la compasión y por tanto en el desarrollo moral, aunque no existe aún evidencia científica que corrobore esta hipótesis. Por otra parte, es relevante el hecho de que la mayor significación se dé en 4º curso, pudiéndose asociar a la formación en bioética de sus alumnos y por tanto, la práctica de los mismos en la solución de conflictos llevada a cabo durante la asignatura.

Finalmente, se han encontrado también diferencias significativas al comparar el desarrollo moral con la importancia que le dan los alumnos a la formación humanística, entre aquéllos que consideran que no es importante recibir formación humanística aunque si tiene que ser aplicada en nuestra carrera (opción c) y los que creen que es importante recibir esta formación pero no encuentran relación con la enfermería (opción b), ($p=0,003$) y entre la opción c y los alumnos que no encuentran importante recibir esta formación ni relación con esta profesión ($p=0,004$). Al observar la gráfica que refleja estos resultados (Anexo III, gráfica 2.5), se valora que los alumnos con mayor desarrollo moral son aquellos que valoran la relación entre la carrera y las humanidades (opciones a y c), frente aquellos que no la contemplan, teniendo por tanto una predisposición al cambio.

Por otra parte, un 65% de los alumnos que eligieron la opción c especificaron en la justificación libre su interés en la formación de ética, bioética, historia y psicología, excluyendo al resto de materias argumentando que dicha formación debería de ser opcional.

7. CONCLUSIONES

Tras este análisis de los datos y comprobar que a nivel de este estudio, sopesando los sesgos y las limitaciones que se han podido dar lugar, se observa un aumento significativo en

¹³⁶ Hren D, Marušić M, Marušić A. Regression of Moral Reasoning during Medical Education: Combined Design Study to Evaluate the Effect of Clinical Study Years. Plos One [revista en Internet]* 2011 [acceso el 11 de Abril de 2015]**; 10: [aprox. 7 Págs.]. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0017406#pone-0017406-g003>

el desarrollo moral de los alumnos. Excluyendo las variables de sexo y edad, puesto que los datos no mostraban significación, únicamente hay dos variables consideradas influyentes: la creencia de las personas y la formación que han obtenido en el transcurso de los cursos, orientada como la ética y la psicología, a mejorar ciertas competencias del alumno. Debido a que en un principio, la creencia de una persona es una variable constante en el tiempo (salvo casos excepcionales en los cuales varíe de manera sustancial) y las horas de formación son acumulativas en cuanto a los conocimientos que obtiene el estudiante, se podría valorar una mayor afinidad entre este factor y el desarrollo moral.

A su vez, y si establecemos una relación con la distribución de asignaturas de humanidades en el Grado de Enfermería de la Universidad Francisco de Vitoria, puesto que ha sido el escenario de captación de la población diana (consultar Anexo IV), observamos que los alumnos que han cursado las numerosas materias humanísticas y sociales en primero, ya poseen un desarrollo moral estadio 5, continúa aumentando la puntuación en el estadio 5 en 2º curso y disminuye de manera ínfima en 3º, pudiéndolo asociar a la disminución de créditos destinados a estas materias (9 ETCS), retomando el ascenso hasta un estadio 6 en los alumnos de 4º.

Por ello se debería valorar finalmente, si con sólo los mínimos establecidos en los libros blancos se consiguen los fines deseados de desarrollo moral y de competencias, teniendo en cuenta que a pesar de no querer obtener filósofos de estas carreras, muchas Universidades se limitan únicamente a los créditos obligatorios, destinando las asignaturas propias de la Universidad a reforzar conocimientos técnicos de sus alumnos. A su vez, se contempla en el Anexo III como los créditos de lo que se ha denominado ciencias sociales (Psicología, Transculturalidad y Habilidades de Comunicación) son más numerosos que aquellos cedidos a las humanidades (Ética, Bioética, Filosofía, Historia y Antropología), manteniéndose más elevados de manera general en Enfermería que en Medicina. Se podría plantear por tanto las cuestiones del por qué se continúa manteniendo de manera general una orientación mucho más técnica en Medicina, ya que los créditos en su mayor parte se obtienen de Ética y Habilidades de Comunicación, y los motivos que llevan a que a pesar de la mayor variedad de asignaturas de la rama de humanidades, sigue habiendo una relevancia en cuanto a la inferioridad de éstas frente a las ciencias sociales.

8. PROSPECTIVA

Tras todo lo analizados anteriormente y los resultados obtenidos, habría que ampliar la investigación para reafirmar los mismos. De manera principal, sería necesario tener acceso a la herramienta validada original (DIT) y establecer un estudio dentro de la misma Universidad pero modificando el estudio para conseguir que fuese analítico-observacional, de cohortes y longitudinal. De esta forma, los mismos alumnos serían estudiados desde su entrada al Grado hasta la culminación del mismo.

Posteriormente, y con el fin de validar la influencia de la formación del plan de estudios sería oportuno extrapolar el estudio con la misma metodología a otras Universidades con una estructura de créditos y horas de trabajo similar en cuanto a asignaturas de humanidades y ciencias sociales, así como a otras que tengan menor carga docente en estas materias. Cuando se obtengan los resultados y tras su comparación, se podrá observar la tendencia de aumento o parálisis del desarrollo moral que ha tenido la población diana tras la exposición a diferentes métodos educativos.

9. REFLEXIÓN ANTROPOLÓGICA

“Las grandes cuestiones existenciales que importan de verdad al hombre relacionadas con la Medicina como son ¿Por qué a mí esta enfermedad? ¿Por qué el sufrimiento? ¿Por qué tengo que morir? ¿Por qué esta malformación, esta discapacidad...? etc., no las resuelve la medicina, ni las nuevas biotecnologías. El sentido existencial de estas cuestiones se encuentra en la Filosofía. Para curar al hombre es del todo necesario conocer no sólo qué es el hombre- un ser en el mundo: estatuto de objeto- sino quién es el hombre- un ser distinto, singular, trascendente del mundo” (4). Con este fragmento se refleja la esencia que debe tener todo profesional sanitario que trata en su práctica diaria con personas enfermas.

Es por tanto de suma importancia, tal y como se ha visto en anteriores apartado de este trabajo, que desde la inmersión que tienen los estudiantes se fomente la educación siguiendo estas líneas doctrinales que desde comienzos de siglo se encuentran en auge y que desde la enfermería, numerosas teóricas habían ensalzado con el fin de rescatar la importancia del cuidado holístico a los pacientes. Si junto a ello, y mediante diversos enfoques que se pueden dar a las asignaturas de humanidades y ciencias sociales, además de obtener la concienciación que se pretende en los alumnos, se ejerce una influencia para el desarrollo moral y de sus competencias, de manera que se obtenga un personal sanitario con un currículum que abarque una excelencia técnica pero a su vez unas capacidades personales y la sensibilidad necesaria para no perder la vocación que a todos nosotros nos ha guiado para elegir un futuro de servicio a las personas que necesitan de nuestros cuidados, ya que (de manera personal) considero que la mayor parte de las personas que eligen esta profesión no se han decantado por ella debido a las actividades técnicas sino por la relación que se crea con un paciente, se potencia de forma sustancial la importancia de la inclusión de estas materias en nuestros planes de estudio.

A su vez, de los datos obtenidos en la encuesta, un 80,32% de los alumnos considera que es importante para ellos recibir esta formación, lo que se refleja en la justificación de sus respuestas de manera libre, en la que la mayor parte de ellos sigue unas líneas comunes donde se realza la función que tienen estas asignaturas en la capacitación de los alumnos para valorar a la persona de manera holística y cuidar a ese ser humano no solamente a través de la realización de técnicas, sino siendo capaces de entablar una conversación y apoyar a la persona en una situación crítica como es un proceso de enfermedad.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Borrell i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. Elsevier [revista en Internet]*. 2002 [acceso el 14 de febrero de 2015]**; 119(5): [aproximadamente 11 páginas]**. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-el-modelo-biopsicosocial-evolucion-13034093>
2. Marías J. Prólogo 5: Persona y yo. Julián Marías. Antropología metafísica. 1ª Ed. Madrid: Revista de Occidente; 1970. P: 41-49.
3. Universidad de Navarra [sede Web]*. Navarra: Universidad de Navarra; 2007 [acceso el 14 de febrero de 2015]**. La persona humana [26 páginas]. Disponible en:
<http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/1904/1/04.%20JES%C3%9AS%20GARC%C3%8DA%20L%C3%93PEZ,%20Universidad%20de%20Navarra,%20La%20persona%20humana.pdf>
4. Roqué Sánchez MV. Relación y mutua influencia entre la Filosofía y la Medicina Hipocrática [monografía en Internet]*. 1ª Ed. Cataluña: Víctor Gómez Pin; 2012. Acceso el 23 de Febrero de 2015]. Disponible en:
http://www.ontologia.net/studies/2012/roque_2012.pdf
5. Cavazos Guzmán L, Carrillo Ariaga JG. Historia y evolución de la Medicina. 1ª Ed. CeMPro: México; 2009.
6. García Martín-Caro C, Martínez Martín ML. Historia de la Enfermería: Evolución histórica del Cuidado Enfermero. 1ª Ed. Harcourt: Madrid; 2001.
7. Laín Entralgo P. El cuerpo humano: Oriente y Grecia Antigua. 1ª Ed. Espasa-Calpe: Madrid; 1987.
8. Laín Entralgo P. Historia Universal de la Medicina. Tomo II: La Medicina Hipocrática. 1ª Ed. Salvat: Barcelona; 1972.
9. García Gual C, Lara Nava MD, López Férez MD, Cabellos Álvarez B. Tratados hipocráticos. 1ª Ed. Editorial Gredos: Madrid; 1983.
10. Alby JC. La concepción antropológica de la medicina hipocrática. 1ª Ed. Red ALyC: Buenos Aires; 2005.
11. Siegler M. Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente. 1ª Ed. Fundació Víctor Grífols i Lucas: Barcelona; 2011.

12. Vicuña Castrejón MB. El médico de cabecera al inicio del siglo XXI: entre la curación y la sanación [tesis doctoral]*. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2006.
13. Laín Entralgo P. Historia Universal de la Medicina. Tomo III: El cristianismo primitivo y la medicina; 1979.
14. Grabbmann M. Historia de la Filosofía Medieval. Madrid: Editorial Labor; 1928.
15. Laín Entralgo P. Historia Universal de la Medicina. Tomo IV: Mecanicismo, Vitalismo y Empirismo (Siglos XV-XVIII); 1979.
16. Pino Campos LM. Galeno, el Galenismo y los Galenismos. En: García Ballester L. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam. 1ª Ed. Granada: Dynamis; 2002. 371-376.
17. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en Enfermería. 6ª Ed. Madrid: Elsevir; 2008.
18. Benítez-Bibriesca L. Medicina y Humanismo. Medigraphic [revista en Internet]* 2007 [acceso el 8 de marzo de 2015]**; 5(2): [Pág. 101-104]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2007/am072h.pdf>
19. Pérez Bustamante JA. De la cosmofofia panvitalista paracélsica a la autoafirmación de la química como nueva ciencia. Llu: Revista de Investigación de la Historia de las Ciencias y de las técnicas [revista en Internet]* 1995 [acceso el 8 de marzo de 2015]**; 18: [Pág. 183-212]. Disponible en:
<file:///C:/Users/Elena/Downloads/Documat-DeLaCosmosofiaPanvitalistaParacelsicaALaAutoafirma-62148.pdf>
20. López Piñero JM. Breve Historia de la Medicina. 3ª Ed. Madrid: Alianza Editorial; 2000.
21. Pardo Tomás J. La medicina en España hacia 1700: Diego Mateo Zapata [monografía en Internet]*. Barcelona: Institució Milà i Fontanals, CSIC Barcelona; 2007 [acceso el 13 de marzo de 2015]. Disponible en:
http://digital.csic.es/bitstream/10261/44335/1/jose_pardo-2007-La%20medicina%20en%20Espa%C3%B1a%20hacia%201700.%20Diego%20Mateo%20Zapata....pdf
22. Reale G, Antiseri D. Historia del pensamiento filosófico y científico. Tomo II: Del Humanismo a Kant. Madrid: Herder; 2003.
23. Laín Entralgo P. Historia Universal de la Medicina. Tomo V: Evolucionismo, Positivismo, Eclecticismo; 1982.

24. Teijeiro JJ. Roberto Nóvoa Santos, 75 years later 1885-1993. Pubmed [base de datos en Internet]*. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina; 2008 [acceso el 13 de Marzo de 2015]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18924358>
25. Núñez D. El darwinismo en España: un test significativo de nuestra situación cultural. Alicante: Biblioteca virtual Miguel de Cervantes; 2015.
26. Kreimer P. ¿Dos culturas o múltiples culturas? Ciencias duras, ciencias blandas y science studies. Fundación Revista Medicina (Buenos Aires); SciELO [revista en Internet]* 2010[acceso el 15 de Marzo de 2015]; 70(5): [5 págs. Aprox.]. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0025-76802010000500018&script=sci_arttext
27. Kant I. De la distinción del conocimiento puro y el empírico. En: Morente García M, García Norro JJ, Rovira R. Crítica de la razón pura. 7ª Ed. Madrid: Tecnos; 2002. 16-43.
28. López Piñero JM, Quintín Aldea V. La obra histórico-médica de Pedro Laín Entralgo. Pedro Laín Entralgo y la historiografía médica: discurso leído el día 27 de noviembre de 2005 en la recepción pública del Excmo. Sr. Don José María López Piñero y contestación por el Excmo. Sr. Don Quintín Aldea Vaquero. 1ª Ed. Madrid: Real Academia de la Historia; 2005. 63-109.
29. González Pérez U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Revista Cubana de Salud Pública [revista en Internet]* 2002 [acceso 14 de Marzo de 2015]; 28 (2): [Aprox. 8 Págs.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200006
30. Smith Davis N. History of Medicine with the Code of Medical Ethics [monografía en Internet]*. Chicago: American Medical Association; 1903 [acceso el 15 de Marzo de 2015]. Disponible en:
http://ama.nmtvault.com/jsp/viewer.jsp?doc_id=Historical+Monographs%2Fama_arch%2FAD000001%2F0042HIST&query1=&recoffset=0&collection_filter=Historical+Monographs&collection_name=Historical+Monographs&init_width=640&sort_col=date+ate+#

31. Leake CD. Percival's Medical Ethics: Promise and Problems. PubMed. California Medicina [revista en Internet]* 1971 [acceso el 15 de Marzo de 2015]**; 114(4): [68-70]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1501858/?page=1>
32. Nightingale F. The practice of religion. En: McDonald L/ editor. Florence Nightingale's Spiritual Journey: Biblical Annotations, Sermons and Journal Notes. Canada: Wilfrid Laurier University Press; 2001. 56-87.
33. Amaro Cano MC. Florence Nightingale: la primera gran teórica de la enfermería. Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet]* 2004 [acceso el 15 de Marzo de 2015]**; 20 (3): [Aprox. 7 págs.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009
34. Mainetti JA. La crisis de la razón médica. Cuadernos hispanoamericanos. 2ª Ed. Madrid: Instituto de Cooperación Iberoamericana; 1987. 255-260.
35. Foucault M. The Crisis of Medicine or the Crisis of Antimedicine? Foucault Studies [revista en Internet]* 2004 [acceso el 22 de Marzo de 2015]**; (1): [5-19]. Disponible en:
<http://cjas.dk/index.php/foucault-studies/article/view/562/607>
36. Laín Entralgo P. Historia Universal de la Medicina. Tomo VI: La medicina actual: poderío y perplejidad; 1982.
37. Quijano M. La postmodernidad y la Medicina. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [revista en Internet]* 2010 [acceso el 22 de Marzo de 2015]**; [185-187]. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no51-5/RFM051000501.pdf>
38. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Source: Science [revista en Internet]* 1977 [acceso el 22 de Marzo de 2015]**; [129-136]. Disponible en:
<http://www.drannejensen.com/PDF/publications/The%20need%20for%20a%20new%20medical%20model%20-%20A%20challenge%20for%20biomedicine.pdf>
39. Ramírez O, Bolívar M. Fraternidad en la interacción docente-estudiante. Biblioteca Lascasas [revista en Internet]* 2009 [acceso el 22 de Marzo de 2015]**; 5 (4): [19 Págs.]. Disponible en:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0457.pdf>
40. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice.

SciELO [base de datos en Internet]*. Florianópolis: 2006 [actualizado en 2007; acceso el 22 de Marzo de 2015]. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000100016&script=sci_arttext

41. De Santiago M. Las virtudes en bioética clínica. Cuadernos de bioética [revista en Internet]* 2014 [acceso el 22 de Marzo de 2015]**: [18 Págs.]. Disponible en: <http://www.aebioetica.org/revistas/2014/25/83/75.pdf>
42. Hospital Ibáñez ML, Guallart Calvo R. Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso final de la vida. Index de Enfermería [revista en Internet]* 2003 [acceso el 27 de Marzo de 2015]**; 13(46): [Aprox. 5 págs.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000200010&script=sci_arttext
43. Santos Hernández AM. Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas. Cuadernos de bioética [revista en Internet]* 2003 [acceso el 27 de Marzo de 2015]**; 14(50): [39-60]. Disponible en: <http://www.aebioetica.org/rtf/B4%20Humanizacion.pdf>
44. Vélez Atehortúa H. Reflexiones acerca de la enseñanza de la Medicina en la Postmodernidad. CES Medicina [revista en Internet]* 2010 [acceso el 4 de Abril de 2015]**; 24 (2): [Aprox. 6 págs.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-87052010000200020&script=sci_arttext
45. García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. Metas de Enfermería [revista en Internet]* 2014 [acceso el 4 de Abril de 2015]**; 17 (0): [Aprox. 7 págs.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4609714>
46. Batistatou A, Doulis EA, Tiniakos D, Anogiannaki A, Charalabopoulos K. The introduction of medical humanities in the undergraduate curriculum of Greek medical schools: challenge and necessity. Hippokratia Quarterly Medical Journal, Pubmed [revista en Internet]* 2010 [acceso el 4 de Abril de 2015]**; 14 (4): [241-243]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21311630>
47. Eichbaum QG. Thinking about thinking and emotion: the metacognitive approach to the medical humanities that integrates the humanities with the basic and clinical sciences. The Permanente Journal, Pubmed [revista en Internet]* 2014 [acceso el 4 de Abril de 2015]**; 14 (4): [64-75]. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25662528>

48. Iriarte Redín C, Alonso-Gancedo N, Sobrino A. Relaciones entre el desarrollo emocional y moral a tener en cuenta en el ámbito educativo: propuesta de un programa de intervención. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa* [revista en Internet]* 2006 [acceso el 10 de Abril de 2015]**; 8 (4): [177-212]. Disponible en: http://www.investigacion-psicopedagogica.com/revista/articulos/8/espanol/Art_8_100.pdf
49. Barra Almagiá E. El desarrollo moral: una introducción a la teoría de Kohlberg. *Revista Latinoamericana de Psicología* [Revista en Internet]* 1987 [acceso el 10 de Abril de 2015]**; 19 (1): [7-18]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/toc.oa?id=805&numero=9675>
50. Linde Navas A. La educación moral según Lawrence Kohlberg: una utopía realizable. *Praxis Filosófica* [revista en Internet]* 2009 [recibido Enero 2009; aprobado Febrero de 2009: acceso el 10 de Abril de 2015]**; (28): [7-22]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pafi/n28/n28a01.pdf>
51. Moya Otero J, Luengo F, Sánchez P, Bolívar A, González P, Millet G et al. De las competencias básicas al currículo integrado. Madrid: Proyecto Atlántida; 2008. Disponible en: <http://www.redes-cepalcala.org/inspector/DOCUMENTOS%20Y%20LIBROS/COMPETENCIAS/DE%20LAS%20COMPETENCIAS%20BASICAS%20AL%20CURRICULO%20INTEGRADO.pdf>
52. Bisquerra R, Pérez N. Las competencias emocionales. *Educación XXI* [revista en Internet]* 2012 [acceso el 11 de Abril de 2015]**; 10: [61-82]. Disponible en: <http://www.ub.edu/grop/catala/wp-content/uploads/2014/03/Las-competencias-emocionales.pdf>
53. Fernández Cruz FJ, Martín Martínez L, Martínez Moraga C, Moraleda Ruano A, Obernyer Copenhaver G, Rodríguez Legendre F et al. *Educación Emocional: Reflexiones y ámbitos de aplicación*. 1ª Ed. Madrid: Universidad Francisco de Vitoria; 2014.
54. ANECA [sede Web]*. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación; 2004 [acceso el 11 de Abril de 2015]. Libro Blanco: Título de Grado de Enfermería [336 Págs.]. Disponible en:

http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf

55. ANECA [sede Web]*. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación; 2004 [acceso el 11 de Abril de 2015]. Libro Blanco: Título de Grado de Medicina [596 Págs.]. Disponible en:

http://www.aneca.es/var/media/150312/libroblanco_medicina_def.pdf

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA



Trabajo de Fin de Grado en Enfermería

ANEXO I

ESTRUCTURACIÓN DE LOS PLANES DE ESTUDIOS DE ENFERMERÍA Y MEDICINA

Autor/a: Elena M^a León Cobos

Tutor/a: Juan Antonio Sarrión

Convocatoria: Junio de 2015

| Bloque de Materia. Campo de Conocimiento | Contenidos Formativos Mínimos | Competencias | % del total |
|---|---|--|-------------|
| Gestión de los Servicios de Enfermería. Ética y Legislación Sanitaria | Gestión e los Servicios de Enfermería Bases éticas y legales de la enfermería | F: 1, 12, 21, 23, 28, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, P: 2, 5, 6, 9, 10, 24, C: 4, 11, 17, 22, 27, | 4 |
| Enfermería Comunitaria | Salud Pública. Educación y promoción de la salud Atención a la Salud de la Comunidad. | F: 3, P: 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 17, C: 4, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 24, 26, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, | 13,5 |
| Enfermería en diferentes etapas del ciclo vital | Cuidados de la infancia y de la adolescencia. Cuidados de la mujer Cuidados del anciano | P: 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, C: 3, 4, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 24, 26, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, | 10,6 |
| Enfermería Clínica | Cuidados de Enfermería ante las alteraciones de la salud Cuidados especiales | P: 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 16, C: 3, 4, 12, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 26, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, | 25,5 |
| Enfermería psicosocial y de Salud Mental | Atención psicosocial Cuidados psiquiátricos y de salud mental | F: 20, 26, 27, 29, 30, 31, 32, P: 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 17, 24, C: 3, 4, 13, 14, 15, 18, 19, 21, 28, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40 | 5,4 |
| Ciencias Básicas | Estructura y Función del cuerpo humano Farmacología Nutrición Humana | F: 19, P: 5, 8, 9, 10, 14, 16, C: 11, 15, 17, 24, | 8,6 |
| Bases teóricas y metodológicas de la Enfermería | Bases teóricas de la Enfermería Bases metodológicas de la Enfermería | F: 4, 15, 18, 33, P: 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 16, C: 1, 3, 11, 12, 24, 25, 27, 28, | 5,8 |
| Ciencias Instrumentales | Tecnologías de la Información y de la Comunicación. Instrumentos para la Investigación | F: 22, 25, P: 5, 6, 10, 11, C: 26, 33, | 1,6 |

Tabla 1.1. Contenidos comunes obligatorios en el Grado de Enfermería y estimación del porcentaje que representan sobre el total de la titulación

| | ECTS | HORAS TOTALES | HORAS PRESENCIALES | | | HORAS NO PRESENCIALES | | |
|--|------|---|---------------------------|----------------|-----------------------------------|--------------------------|---------------------|-------|
| COMPETENCIAS ESPECÍFICAS | ECTS | Horas Presenciales + No Presenciales | Clinicas + No Clinicas | HORAS CLÍNICAS | Horas Presenciales NO CLÍNICAS | HORAS NO PRESENCIALES | TRABAJO PERSONAL | OTRAS |
| Bases teóricas y metodológicas de la enfermería | 14 | 420 | 300 | 237 | 63 | 120 | 114 | 6 |
| Ciencias básicas | 21 | 630 | 284 | 0 | 284 | 346 | 329 | 17 |
| Enfermería clínica | 62 | 1830 | 1447 | 1151 | 296 | 383 | 363 | 19 |
| Enfermería comunitaria | 33 | 960 | 657 | 533 | 124 | 303 | 288 | 15 |
| Enfermería en diferentes etapas del ciclo vital | 26 | 750 | 554 | 453 | 101 | 196 | 187 | 10 |
| Enfermería psicosocial y de salud mental | 13 | 390 | 253 | 203 | 50 | 137 | 130 | 7 |
| Gestión de servicios de enfermería. Ética y legislación sanitaria | 10 | 300 | 165 | 123 | 42 | 135 | 128 | 7 |
| HORAS Total | | 5280 | 3660 | 2700 | 960 | 1620 | 1539 | 81 |
| ECTS | 176 | | 122 | 90 | 32 | 54 | | |
| CONTENIDOS INSTRUMENTALES OBLIGATORIOS | | | | | | | | |
| Ciencias instrumentales | 4 | 120 | 40 | 0 | 40 | 80 | 76 | 4 |
| % Horas Presenciales sin clínicas / No Presenciales | | | | | 37% | 63% | | |
| (*) Clases teóricas, Tutorías, Talleres, Seminarios, Grupos de Discusión,... | | | | | | | | |

Tabla 1.2. Distribución de las horas de dedicación del estudiante de Enfermería a las diferentes materias

| ESTRUCTURA GENERAL DEL TÍTULO | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---------------------------------------|--|---|
| BLOQUES | | | | | | | |
| (1) MORFOLOGÍA, ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DEL CUERPO HUMANO NORMAL EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA. ADAPTACIÓN AL ENTORNO | (2) PATOLOGÍA HUMANA | (3) PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS | (4) VALORES PROFESIONALES Y ÉTICA | (5) MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA | (6) HABILIDADES DE COMUNICACIÓN | (7) MANEJO DE LA INFORMACIÓN. ANÁLISIS CRÍTICO E INVESTIGACIÓN | MATERIAS PROPIAS DE CADA UNIVERSIDAD |
| SUB-BLOQUES | | | | | | | |
| 1. Estructura y función celular. 2. Estructura y función tisular. 3. Herencia y desarrollo embrionario temprano. 4. Morfología, estructura y función normal (MEFN) de órganos y aparatos: 4.1. MEFN de la piel. 4.2. MEFN de la sangre y órganos hematopoyéticos. 4.3. MEFN del aparato circulatorio. 4.4. MEFN del aparato digestivo. 4.5. MEFN del aparato locomotor. 4.6. MEFN del aparato reproductor. 4.7. MEFN del aparato respiratorio. 4.8. MEFN del sistema endocrino. 4.9. MEFN del riñón y vías urinarias. 4.10. MEFN del sistema inmune. 4.11. MEFN del sistema nervioso. | 1. Dermatología. 2. Hematología. 3. Obstetricia y Ginecología. 4. Oftalmología. 5. Oncología. 6. Otorrinolaringología. 7. Pat. Aparato circulatorio. 8. Pat. Aparato digestivo. 9. Pat. Aparato nefro-urinario y Genital masculino. 10. Pat. Aparato locomotor. 11. Pat. Aparato respiratorio. 12. Pat. Sistema endocrino. 13. Pat. del sistema inmune. 14. Pat. del sistema nervioso. 15. Pat. infecciosa. 16. Pediatría. 17. Psiquiatría y psicología médica. 18. Toxicología clínica. 19. Campos de actuación: 19.1. Cuidados Paliativos. 19.2. Geriátrica. 19.3. Med. Fam. y Com. 19.4. Urgencias y Emergencias. | 1. Anatomía patológica. 2. Anestesia. 3. Bioquímica y genética clínica. 4. Farmacología. 5. Microbiología médica. 6. Nutrición y terapia nutricional. 7. Procedimientos quirúrgicos. 8. Radiología y medicina física. | 1. Medicina legal. 2. Ética médica. | 1. Medicina Preventiva y Salud Pública | 1. Habilidades de comunicación | 1. Bioestadística. 2. Hª de la medicina y documentación 3. Iniciación a la investigación. Análisis crítico 4. Tecnologías de la información. | |

Tabla 1.3. Estructura General del título de Medicina

| CARGA EN CRÉDITOS DE LOS DIFERENTES BLOQUES LIBRO BLANCO ANECA (Octubre 2004) | | | | | | | |
|--|---|----------------------|---------------------|-------------------------------------|------------|------------|---------------|
| | BLOQUE | CRÉDITOS EUROPEOS | % SOBRE EL TOTAL | HORAS BOLONIA (25-30 hs./cr.) | CR 1990 | % 1990 | HORAS 1990 |
| 1 | ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DEL CUERPO HUMANO NORMAL. EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA. ADAPTACIÓN AL ENTORNO | 90 | 25 | 2250 / 2700 | 118 | 24 | 1180 |
| 2 | PATOLOGÍA HUMANA | 144 | 40 | 3600 / 4320 | 182 | 36 | 1820 |
| 3 | PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS | 54 | 15 | 1350 / 1620 | 60 | 12 | 600 |
| 4 | VALORES PROFESIONALES Y ÉTICA | 7 | 1,94 | 175 / 210 | 9 | 2 | 90 |
| 5 | MEDICINA PREVENTIVA SALUD PÚBLICA | 10 | 2,78 | 250 / 300 | 15 | 3 | 150 |
| 6 | HABILIDADES DE COMUNICACIÓN | 5 | 1,39 | 125 / 150 | 0 | 0 | 0 |
| 7 | MANEJO DE LA INFORMACION. ANÁLISIS CRÍTICO E INVESTIGACION | 14 | 3,89 | 350 / 420 | 16 | 3 | 160 |
| | | | | | | | |
| 8 | MATERIAS PROPIAS DE CADA UNIVERSIDAD | 36 | 10 | 900 / 1080 | 100 | 20 | 1000 |
| | TOTAL | 360 | 100 | 9000 / 10800 | 500 | 100 | 5000 |

Tabla 1.4. Carga en créditos de los diferentes bloques de Medicina

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA



Trabajo de Fin de Grado en Enfermería

ANEXO II

ENCUESTA DE RECOGIDA DE DATOS PARA EL DIT

Autor/a: Elena M^a León Cobos

Tutor/a: Juan Antonio Sarrión

Convocatoria: Junio de 2015

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Elena M^a León Cobos (alumna de 4º de Grado de Enfermería), de la Universidad Francisco de Vitoria. La meta de este estudio es objetivar la importancia de la formación en asignaturas de la rama de Humanidades en los grados de Medicina y Enfermería a través de una valoración del nivel de desarrollo de la competencia emocional de sus alumnos.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder al cuestionario adjuntado a este documento.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Desde ya le agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Elena M^a León Cobos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento.

Firma del Participante

Fecha

Instrucciones

Lea atentamente las preguntas, señalando únicamente una de las respuestas aquí indicadas.

Edad:

Sexo:

Parte I: Estudios

1) _____ **¿Qué carrera estudia?**

- a. Enfermería
- b. Medicina

2) _____ **¿En qué curso está?**

- a. 1° de Grado
- b. 2° de Grado
- c. 3° de Grado
- d. 4° de Grado
- e. 5° de Grado

3) _____ **¿Es creyente?**

- a. Si
- b. No

4) _____ **¿De qué religión?**

- a. Cristiana
- b. Judía
- c. Islam
- d. Otras

5) _____ **¿Es practicante?**

- a. Si
- b. No

Parte II: Asignaturas de Humanidades en su carrera

6) _____ **¿Considera que es importante o está relacionada la formación en humanidades con su carrera? (Antropología, Filosofía Aplicada, Ética, etc)**

- a. Creo que es importante recibir esta formación y si encuentro relación con mi carrera
- b. Creo que es importante recibir esta formación, pero no encuentro relación con mi carrera
- c. No creo que sea importante recibir esta formación, aunque creo que si tiene relación con mi carrera
- d. No creo que sea importante recibir esta formación, ni que tenga relación con mi carrera

Justifique su respuesta:

- 7) _____ **¿Ha cursado alguna asignatura propia de Humanidades? (Psicología, Antropología, Filosofía Aplicada, Ética, etc)**
- a. Si
- b. No

Parte III: Supuestos prácticos

LA OCUPACIÓN DE LOS PROFESIONALES

En un Hospital hacía tiempo que no se invertían fondos en mejorar las instalaciones del mismo. De este modo, año tras año, los profesionales se enfrentaban ante equipos más desactualizados, e incluso, teniendo que derivar pacientes a otros hospitales debido a las largas listas de espera. Por estas razones, un año, el conjunto de profesionales, con apoyo de los pacientes, votaron una resolución por la que exigían a la administración del centro una inversión para mejorar las instalaciones. Sin embargo, el gerente (máxima autoridad), se opuso a invertir ese dinero, diciendo que era necesario para otras cosas. Por ello, un día los trabajadores ocuparon el Hospital, diciendo que no se marcharían hasta que no se hiciese caso a sus peticiones.

- 1) _____ **¿Debían los estudiantes ocupar el edificio?**
- a. Si debían
- b. No lo sé
- c. No debían

Lea las cuestiones siguientes y elija marcando **con una x (muchísima, mucha, bastante, poca o ninguna)** según la importancia que le da a cada una de estas afirmaciones:

| | Muchísima | Mucha | Bastante | Poca | Ninguna |
|---|-----------|-------|----------|------|---------|
| 1. Si esto lo están haciendo los trabajadores sólo para ayudar a más gente | | | | | |
| 2. Si tienen los trabajadores algún derecho a ocupar un edificio que no es suyo | | | | | |
| 3. Si son conscientes los trabajadores de que podrían ser despedidos | | | | | |
| 4. Si la ocupación del edificio podría, a la larga, beneficiar a mucha gente | | | | | |
| 5. Si el gerente del Hospital se mantuvo dentro de los límites de su autoridad ignorando la | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| voluntad democrática | | | | | |
| 6. Si puede la acción asustar a los pacientes y dar mala fama | | | | | |
| 7. Si ocupar un edificio que no es propio está de acuerdo con los principios de la justicia | | | | | |
| 8. Si permitir a un trabajador ocupar el edificio alentaría a otros a hacer lo mismo | | | | | |
| 9. Si tuvo el gestor esta postura de desacuerdo por ser irracional y no cooperativo | | | | | |
| 10. Si la administración del Hospital debe estar en manos de la autoridad o de todos los trabajadores | | | | | |
| 11. Si están siguiendo los trabajadores unos principios que están por encima de la ley | | | | | |
| 12. Si deben ser las decisiones de la gerencia respetadas en todos los casos | | | | | |

Señale (indicando el número del enunciado anterior) las cuatro cuestiones que son más importantes para usted:

| | | | | | | | |
|-------------------|--|-------------------|--|-------------------|--|-------------------|--|
| 1ª más importante | | 2ª más importante | | 3ª más importante | | 4ª más importante | |
|-------------------|--|-------------------|--|-------------------|--|-------------------|--|

EL PERIÓDICO DEL INSTITUTO

Alfredo, un estudiante de 4º de Grado en una Universidad, quiere publicar un periódico para que todos los estudiantes puedan expresar sus opiniones, fotocopiando artículos que se escriban en la página web de la Universidad. Quiere hacerlo para escribir de política, de medio ambiente o del mundo juvenil, pero sobre todo tiene interés en criticar algunas de las normas del centro, como la de no poder ir a clase con gorra. Cuando tuvo la idea, le pidió permiso al Rector, al que le pareció una buena idea y sólo le puso una condición: que antes de publicar cualquier cosa, el debería conocerla y aprobarla. Alfredo estuvo de acuerdo y le llevó todos los artículos para que los aprobase. El Rector ha ido aprobando todos los artículos, y actualmente se emiten dos números mensuales. Éste no pensaba que fuese a tener tan buena acogida entre el alumnado, sin embargo los alumnos están comenzando a organizar protestas contra las normas de la Universidad, entre ellas la de llevar gorra. Los profesores están en contra de estas protestas y se están enfadando con el asunto del periódico. Han hablado con el Rector y le han pedido que no se publique más. Como resultado de estas tensiones, el Rector le ha pedido a Alfredo que cese la publicación del periódico. La razón que le ha dado ha sido que el periódico entorpece la marcha normal de la Universidad.

2) _____ ¿Debe el Rector impedir la publicación del periódico?

- a. Si debe
- b. No puedo decidirlo
- c. No debe

Lea las cuestiones siguientes y elija marcando **con una x (muchísima, mucha, bastante, poca o ninguna)** según la importancia que le da a cada una de estas afirmaciones:

| | Muchísima | Mucha | Bastante | Poca | Ninguna |
|--|-----------|-------|----------|------|---------|
| 1. Que hay que tener en cuenta si el Rector es más responsable ante los padres o ante los profesores | | | | | |
| 2. Que habría que decidir si el Rector dio su | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| autorización para publicar el periódico durante largo tiempo o sólo prometió que lo aprobaría cada vez que se fuese a publicar | | | | | |
| 3. Que los estudiantes podrían comenzar a protestar más si se paraliza el periódico | | | | | |
| 4. Que el Rector tiene el derecho a dar órdenes como estas a los estudiantes cuando el bienestar de la Universidad esté amenazado | | | | | |
| 5. Que el Rector es libre para decir “no” en este caso | | | | | |
| 6. Que con la prohibición del periódico el Rector podría evitar la discusión, en profundidad, de problemas importantes | | | | | |
| 7. Que la orden podría hacer perder a Alfredo la confianza que tiene en el Rector | | | | | |
| 8. Que habría que saber si Alfredo es verdaderamente leal con su centro y un buen ciudadano con su país | | | | | |
| 9. Que habría que sopesar qué efectos produciría la suspensión del periódico en la educación del pensamiento crítico de los estudiantes y en sus valores | | | | | |
| 10. Que habría que pensar si Alfredo pudiera estar violando los derechos de los demás al publicar sus propias opiniones | | | | | |
| 11. Que el Rector no debería dejarse influir por unos padres enfadados cuando es él el que mejor sabe lo que está pasando | | | | | |
| 12. Que quizá Alfredo esté utilizando el periódico para crear descontento y rencores | | | | | |

Señale (**indicando el número del enunciado anterior**) las cuatro cuestiones que son más importantes para usted:

| | | | | | | | |
|-------------------|--|-------------------|--|-------------------|--|-------------------|--|
| 1ª más importante | | 2ª más importante | | 3ª más importante | | 4ª más importante | |
|-------------------|--|-------------------|--|-------------------|--|-------------------|--|

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA



ANEXO III

DESARROLLO EMOCIONAL:

DATOS RECOGIDOS

Autor/a: Elena M^a León Cobos

Tutor/a: Juan Antonio Sarrión

Convocatoria: Junio de 2015

| Sujeto | Edad | Sexo | Curso | Creyente | Religión | Practicante | Importancia | Asig. Cursada | Ocupación | 1° | 2° | 3° | 4° | Impedir publicación | 1ª | 2ª | 3ª | 4ª |
|--------|------|------|-------|----------|--------------|-------------|-------------|---------------|-----------|----|----|----|----|---------------------|----|----|----|----|
| 1 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No lo sé | 4 | 7 | 9 | 10 | No puedo | 2 | 7 | 5 | 9 |
| 2 | 18 | F | 1 | No | - | - | c | Si | No debían | 5 | 1 | 4 | 10 | No puedo | 9 | 6 | 3 | 4 |
| 3 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 4 | 10 | 1 | 9 | No debe | 4 | 5 | 2 | 3 |
| 4 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 1 | 12 | 3 | 6 | No puedo | 3 | 11 | 9 | 5 |
| 5 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 12 | 6 | 4 | 1 | No debe | 10 | 9 | 12 | 7 |
| 6 | 18 | M | 1 | Si | Cristianismo | No | d | Si | No lo sé | 4 | 9 | 11 | 1 | Si debe | 11 | 9 | 4 | 3 |
| 7 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 10 | 4 | 8 | 6 | No debe | 4 | 9 | 3 | 1 |
| 8 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 2 | 6 | 7 | 8 | Si debe | 3 | 1 | 2 | 12 |
| 9 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 4 | 9 | 10 | No debe | 9 | 6 | 3 | 11 |
| 10 | 18 | M | 1 | Si | Cristianismo | No | c | Si | Si debían | 4 | 2 | 5 | 12 | No debe | 5 | 11 | 12 | 3 |
| 11 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | No lo sé | 12 | 10 | 11 | 8 | No debe | 11 | 5 | 9 | 10 |
| 12 | 20 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | b | Si | No lo sé | 4 | 1 | 6 | 10 | Si debe | 3 | 12 | 4 | 5 |
| 13 | 18 | F | 1 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | 10 | 8 | 6 | Si debe | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | 18 | F | 1 | No | - | - | a | Si | No lo sé | 10 | 6 | 8 | 12 | No debe | 9 | 3 | 10 | 7 |
| 15 | 20 | F | 1 | No | - | - | b | Si | Si debían | 2 | 3 | 4 | 8 | No debe | 5 | 11 | 9 | 7 |
| 16 | 23 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 4 | 5 | 8 | No debe | 7 | 8 | 11 | 9 |
| 17 | 19 | F | 1 | Si | Otras | No | b | Si | Si debían | 10 | 1 | 4 | 7 | No debe | 11 | 5 | 2 | 1 |
| 18 | 23 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 1 | 11 | 4 | 10 | No debe | 5 | 9 | 7 | 2 |
| 19 | 18 | F | 1 | No | - | - | b | Si | Si debían | 4 | 1 | 10 | 8 | No debe | 6 | 7 | 10 | 9 |
| 20 | 22 | F | 1 | No | - | - | a | Si | Si debían | 11 | 5 | 6 | 10 | No puedo | 1 | 9 | 11 | 5 |
| 21 | 22 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 11 | 5 | 6 | 1 | No debe | 5 | 7 | 8 | 2 |
| 22 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | 10 | 12 | 6 | 7 | No debe | 5 | 10 | 6 | 8 |
| 23 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 11 | 5 | 6 | 10 | Si debe | 1 | 5 | 10 | 11 |
| 24 | 18 | M | 1 | Si | Cristianismo | No | b | Si | No lo sé | 5 | 12 | 10 | 1 | No debe | 9 | 4 | 7 | 12 |
| 25 | 20 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No debían | 1 | 5 | 11 | 4 | No debe | 8 | 5 | 4 | 7 |
| 26 | 20 | F | 1 | No | - | - | c | Si | No debían | 4 | 6 | 10 | 8 | No puedo | 9 | 2 | 5 | 6 |
| 27 | 19 | F | 1 | No | - | - | d | Si | Si debían | 4 | 10 | 12 | 3 | No debe | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 28 | 18 | F | 1 | No | - | - | c | Si | Si debían | 4 | 10 | 2 | 8 | No debe | 2 | 9 | 5 | 3 |
| 29 | 19 | F | 1 | No | - | - | a | Si | Si debían | 10 | 9 | 2 | 11 | No debe | 4 | 5 | 1 | 12 |
| 30 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 4 | 11 | 10 | 6 | No debe | 9 | 10 | 11 | 8 |
| 31 | 26 | F | 1 | No | - | - | a | Si | No lo sé | 4 | 5 | 6 | 7 | No debe | 7 | 5 | 11 | 6 |
| 32 | 41 | M | 1 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | Si debían | 11 | 9 | 10 | 3 | No debe | 2 | 4 | 5 | 12 |
| 33 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 10 | 4 | 6 | 7 | No debe | 9 | 12 | 10 | 3 |
| 34 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 4 | 5 | 11 | 12 | Si debe | 3 | 5 | 6 | 9 |
| 35 | 18 | F | 1 | No | - | - | a | Si | No debían | 10 | 4 | 12 | 9 | No debe | 4 | 7 | 8 | 12 |
| 36 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | d | Si | Si debían | 10 | 4 | 3 | 2 | No debe | 8 | 1 | 5 | 4 |
| 37 | 19 | M | 1 | Si | Cristianismo | Si | c | Si | Si debían | 5 | 12 | 9 | 7 | Si debe | 3 | 5 | 7 | 2 |
| 38 | 20 | F | 1 | No | - | - | a | Si | No lo sé | 10 | 4 | 8 | 9 | No debe | 2 | 3 | 6 | 5 |
| 39 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 2 | 7 | 8 | 5 | No puedo | 4 | 5 | 2 | 3 |
| 40 | 18 | M | 1 | No | - | - | a | Si | Si debían | 12 | 5 | 3 | 10 | No puedo | 2 | 4 | 5 | 11 |
| 41 | 19 | F | 1 | No | - | - | a | Si | Si debían | 4 | 10 | 8 | 6 | No debe | 9 | 11 | 3 | 2 |
| 42 | 19 | M | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 12 | 10 | 9 | 4 | No debe | 3 | 1 | 4 | 10 |
| 43 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 4 | 3 | 12 | No debe | 1 | 6 | 4 | 5 |
| 44 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 4 | 9 | 7 | 11 | No debe | 2 | 3 | 1 | 9 |
| 45 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | Si debían | 9 | 11 | 2 | 3 | No debe | 1 | 4 | 5 | 11 |
| 46 | 30 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 10 | 9 | 7 | 12 | No debe | 3 | 11 | 7 | 10 |
| 47 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | 3 | 9 | 12 | 4 | No puedo | 5 | 6 | 7 | 12 |

Tabla 2.1. Datos recogidos

| Sujeto | Edad | Sexo | Curso | Creyente | Religión | Practicante | Importancia | Asig. Cursada | Ocupación | 1º | 2º | 3º | 4º | Impedir publicación | 1ª | 2ª | 3ª | 4ª |
|--------|------|------|-------|----------|--------------|-------------|-------------|---------------|-----------|----|----|----|----|---------------------|----|----|----|----|
| 48 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | 3 | 4 | 9 | 1 | No puedo | 5 | 6 | 7 | 12 |
| 49 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | b | Si | No lo sé | 1 | 4 | 7 | 6 | No debe | 1 | 10 | 8 | 5 |
| 50 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 10 | 8 | 7 | 2 | No puedo | 6 | 3 | 9 | 12 |
| 51 | 20 | F | 1 | No | - | - | d | Si | Si debían | 2 | 9 | 10 | 12 | No debe | 9 | 11 | 3 | 6 |
| 52 | 18 | F | 1 | No | - | - | a | Si | Si debían | 4 | 2 | 11 | 5 | No puedo | 3 | 8 | 9 | 12 |
| 53 | 28 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No debían | 1 | 11 | 3 | 4 | Si debe | 4 | 12 | 8 | 6 |
| 54 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 10 | 3 | 11 | 12 | No puedo | 10 | 8 | 6 | 7 |
| 55 | 20 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | d | Si | No debían | 1 | 4 | 5 | 12 | Si debe | 10 | 2 | 6 | 7 |
| 56 | 21 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No lo sé | 12 | 7 | 2 | 3 | No debe | 1 | 7 | 11 | 3 |
| 57 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 11 | 12 | 5 | 9 | No debe | 5 | 6 | 9 | 3 |
| 58 | 19 | M | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | N | Si debían | 9 | 11 | 5 | 2 | Si debe | 5 | 10 | 1 | 3 |
| 59 | 25 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 10 | 3 | 5 | 12 | No debe | 12 | 10 | 1 | 8 |
| 60 | 24 | F | 1 | No | - | - | b | Si | Si debían | 1 | 4 | 9 | 10 | Si debe | 1 | 3 | 9 | 12 |
| 61 | 21 | M | 1 | No | - | - | c | Si | Si debían | 5 | 7 | 1 | 2 | No debe | 4 | 5 | 9 | 12 |
| 62 | 22 | F | 1 | No | - | - | b | Si | No lo sé | 5 | 7 | 10 | 2 | No debe | 4 | 7 | 5 | 9 |
| 63 | 18 | M | 1 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | Si debían | 4 | 1 | 7 | 10 | No debe | 9 | 3 | 2 | 12 |
| 64 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 9 | 7 | 3 | 5 | No puedo | 2 | 6 | 11 | 1 |
| 65 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | 10 | 4 | 2 | 5 | No puedo | 8 | 10 | 2 | 4 |
| 66 | 26 | F | 1 | No | - | - | a | Si | No lo sé | 12 | 9 | 10 | 4 | No puedo | 6 | 3 | 11 | 2 |
| 67 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 11 | 3 | 10 | 7 | No debe | 5 | 12 | 9 | 1 |
| 68 | 20 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 4 | 11 | 5 | No debe | 8 | 9 | 10 | 12 |
| 69 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 4 | 6 | 7 | Si debe | 1 | 12 | 2 | 4 |
| 70 | 18 | M | 1 | No | - | - | d | Si | Si debían | 10 | 4 | 3 | 6 | No debe | 6 | 3 | 12 | 4 |
| 71 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 1 | 4 | 9 | 12 | Si debe | 4 | 6 | 5 | 2 |
| 72 | 24 | F | 1 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | 4 | 8 | 9 | Si debe | 7 | 2 | 8 | 12 |
| 73 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 1 | 4 | 5 | 10 | No debe | 9 | 3 | 10 | 2 |
| 74 | 18 | M | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 4 | 1 | 10 | 5 | Si debe | 10 | 9 | 8 | 1 |
| 75 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | d | Si | Si debían | 1 | 8 | 6 | 9 | No puedo | 1 | 2 | 6 | 10 |
| 76 | 18 | F | 1 | No | - | - | a | Si | Si debían | 10 | 4 | 2 | 8 | Si debe | 4 | 5 | 9 | 8 |
| 77 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | No debían | 10 | 12 | 5 | 6 | Si debe | 4 | 9 | 12 | 1 |
| 78 | 21 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | Si debían | 1 | 2 | 3 | 4 | Si debe | 1a | 2a | 3a | 4a |
| 79 | 20 | F | 1 | Si | Otras | No | d | Si | Si debían | 10 | 1 | 2 | 4 | No debe | 12 | 7 | 5 | 3 |
| 80 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 10 | 5 | 9 | 11 | No debe | 5 | 6 | 3 | 11 |
| 81 | 20 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | c | Si | Si debían | 1 | 3 | 12 | 11 | No debe | 1 | 8 | 10 | 3 |
| 82 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | d | Si | Si debían | 9 | 10 | 1 | 8 | Si debe | 8 | 12 | 7 | 3 |
| 83 | 22 | M | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No debían | 1 | 7 | 2 | 5 | No debe | 5 | 4 | 12 | 3 |
| 84 | 18 | F | 1 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | 3 | 6 | 7 | No puedo | 5 | 7 | 12 | 2 |
| 85 | 18 | F | 1 | No | - | - | a | Si | No debían | 10 | 3 | 12 | 7 | Si debe | 4 | 12 | 9 | 10 |
| 86 | 18 | F | 1 | Si | Otras | Si | a | Si | Si debían | 4 | 2 | 3 | 11 | No puedo | 11 | 7 | 6 | 3 |
| 87 | 20 | M | 1 | Si | Otras | No | a | Si | No debían | 3 | 8 | 9 | 11 | No debe | 3 | 7 | 8 | 10 |
| 88 | 21 | M | 2 | No | - | - | a | Si | No debían | 6 | 7 | 5 | 1 | No debe | 12 | 4 | 6 | 5 |
| 89 | 19 | M | 2 | No | - | - | d | Si | No lo sé | 12 | 10 | 6 | 4 | No debe | 9 | 4 | 2 | 7 |
| 90 | 19 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | 4 | 9 | 3 | No debe | 9 | 3 | 11 | 1 |
| 91 | 21 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | 4 | 9 | 10 | 1 | No debe | 9 | 6 | 11 | 5 |
| 92 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 2 | 4 | 10 | 11 | No puedo | 12 | 5 | 2 | 3 |
| 93 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | b | Si | No lo sé | 1 | 4 | 9 | 10 | No puedo | 11 | 10 | 1 | 9 |
| 94 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 4 | 3 | 1 | 8 | Si debe | 8 | 1 | 3 | 4 |

Tabla 2.2. Datos recogidos

| Sujeto | Edad | Sexo | Curso | Creyente | Religión | Practicante | Importancia | Asig. Cursada | Ocupación | 1º | 2º | 3º | 4º | Impedir publicación | 1ª | 2ª | 3ª | 4ª |
|--------|------|------|-------|----------|--------------|-------------|-------------|---------------|-----------|----|----|----|----|---------------------|----|----|----|----|
| 95 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | 4 | 11 | 3 | 9 | No debe | 2 | 8 | 3 | 1 |
| 96 | 20 | F | 2 | No | - | - | c | Si | Si debían | 1 | 4 | 11 | 10 | No debe | 8 | 9 | 11 | 2 |
| 97 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 2 | 6 | 12 | No puedo | 4 | 8 | 1 | 12 |
| 98 | 19 | F | 2 | No | - | - | d | Si | Si debían | 1 | 4 | 7 | 10 | No debe | 11 | 3 | 9 | 7 |
| 99 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 4 | 1 | 3 | 9 | No debe | 1 | 5 | 11 | 6 |
| 100 | 28 | M | 2 | No | - | - | d | Si | No lo sé | 5 | 7 | 10 | 11 | No debe | 3 | 8 | 10 | 11 |
| 101 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No lo sé | 9 | 11 | 5 | 4 | No debe | 9 | 11 | 7 | 2 |
| 102 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 4 | 1 | 11 | 3 | Si debe | 9 | 3 | 6 | 11 |
| 103 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 10 | 4 | 11 | No debe | 8 | 6 | 9 | 10 |
| 104 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | 4 | 1 | 9 | 8 | No debe | 3 | 9 | 2 | 7 |
| 105 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 4 | 6 | 11 | 8 | Si debe | 12 | 1 | 6 | 8 |
| 106 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 4 | 1 | 3 | 12 | Si debe | 7 | 8 | 2 | 5 |
| 107 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | d | Si | No lo sé | 6 | 11 | 8 | 9 | No debe | 1 | 7 | 8 | 4 |
| 108 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 3 | 6 | 10 | 11 | Si debe | 7 | 1 | 9 | 12 |
| 109 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 3 | 8 | 11 | 6 | No debe | 3 | 7 | 11 | 12 |
| 110 | 19 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | 4 | 9 | 3 | No debe | 9 | 3 | 11 | 1 |
| 111 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 1 | 4 | 8 | 5 | No puedo | 7 | 9 | 12 | 5 |
| 112 | 19 | M | 2 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 1 | 8 | 4 | 11 | Si debe | 3 | 1 | 10 | 6 |
| 113 | 19 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 4 | 5 | 9 | 12 | No debe | 4 | 11 | 8 | 6 |
| 114 | 19 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 4 | 1 | 12 | 5 | No puedo | 9 | 12 | 5 | 1 |
| 115 | 19 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 4 | 1 | 3 | 10 | No debe | 9 | 10 | 12 | 11 |
| 116 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 4 | 5 | 12 | 1 | No puedo | 4 | 5 | 9 | 3 |
| 117 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 4 | 1 | 3 | 10 | No debe | 9 | 5 | 11 | 4 |
| 118 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 4 | 1 | 9 | 12 | Si debe | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 119 | 22 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 4 | 1 | 11 | 5 | No puedo | 3 | 9 | 11 | 6 |
| 120 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 11 | 9 | 12 | 6 | No puedo | 3 | 4 | 9 | 2 |
| 121 | 19 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 4 | 2 | 1 | 3 | No debe | 2 | 4 | 9 | 3 |
| 122 | 22 | F | 2 | No | - | - | b | Si | Si debían | 2 | 1 | 8 | 10 | No debe | 2 | 3 | 12 | 10 |
| 123 | 19 | F | 2 | No | - | - | a | Si | No debían | 4 | 5 | 6 | 12 | No debe | 2 | 3 | 4 | 12 |
| 124 | 25 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 4 | 1 | 8 | 5 | No debe | 9 | 11 | 10 | 4 |
| 125 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 4 | 6 | 9 | 5 | No debe | 1 | 7 | 12 | 10 |
| 126 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 4 | 1 | 11 | 10 | No debe | 3 | 12 | 2 | 9 |
| 127 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | c | Si | Si debían | 7 | 1 | 4 | 9 | No debe | 1 | 5 | 3 | 7 |
| 128 | 19 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 4 | 1 | 3 | 10 | No puedo | 2 | 4 | 10 | 6 |
| 129 | 25 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 4 | 11 | 12 | 6 | No debe | 9 | 10 | 8 | 5 |
| 130 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | Si debían | 2 | 4 | 8 | 12 | Si debe | 5 | 6 | 2 | 3 |
| 131 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 1 | 4 | 3 | 5 | Si debe | 3 | 1 | 2 | 12 |
| 132 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | Si debían | 3 | 12 | 1 | 7 | No debe | 1 | 8 | 5 | 12 |
| 133 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 4 | 10 | 1 | 5 | No debe | 9 | 7 | 11 | 3 |
| 134 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 4 | 7 | 10 | 12 | No debe | 3 | 7 | 9 | 11 |
| 135 | 19 | F | 2 | Si | Otras | Si | a | Si | Si debían | 11 | 4 | 5 | 3 | No debe | 3 | 5 | 7 | 9 |
| 136 | 21 | F | 2 | Si | Islam | Si | c | Si | No lo sé | 1 | 3 | 11 | 12 | No debe | 3 | 9 | 11 | 10 |
| 137 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 5 | 8 | 10 | 12 | No debe | 4 | 8 | 11 | 1 |
| 138 | 22 | M | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 6 | 8 | 11 | 12 | No debe | 4 | 1 | 9 | 11 |
| 139 | 19 | F | 2 | No | - | - | c | Si | No lo sé | 2 | 7 | 10 | 12 | Si debe | 1 | 10 | 6 | 5 |
| 140 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | No lo sé | 7 | 8 | 11 | 5 | No puedo | 6 | 8 | 2 | 11 |
| 141 | 20 | M | 2 | No | - | - | d | Si | Si debían | 5 | 4 | 12 | 7 | No debe | 8 | 5 | 11 | 3 |

Tabla 2.3. Datos recogidos

| Sujeto | Edad | Sexo | Curso | Creyente | Religión | Practicante | Importancia | Asig. Cursada | Ocupación | 1º | 2º | 3º | 4º | Impedir publicación | 1ª | 2ª | 3ª | 4ª |
|--------|------|------|-------|----------|--------------|-------------|-------------|---------------|-----------|----|----|----|----|---------------------|----|----|----|----|
| 142 | 19 | F | 2 | | Otras | No | b | Si | No debían | 4 | 12 | 3 | 8 | No debe | 5 | 10 | 8 | 6 |
| 143 | 19 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | 8 | 4 | 3 | No debe | 9 | 4 | 10 | 12 |
| 144 | 21 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | 2 | 9 | 10 | 7 | No debe | 2 | 6 | 11 | 4 |
| 145 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 2 | 4 | 10 | 11 | No puedo | 12 | 1 | 7 | 3 |
| 146 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | d | Si | No debían | 2 | 3 | 9 | 10 | No puedo | 11 | 3 | 5 | 7 |
| 147 | 20 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 4 | 3 | 7 | 10 | Si debe | 9 | 4 | 3 | 1 |
| 148 | 20 | M | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 5 | 8 | 2 | 4 | No debe | 12 | 8 | 6 | 3 |
| 149 | 20 | F | 2 | No | - | - | d | Si | Si debían | 1 | 4 | 11 | 3 | No debe | 6 | 5 | 11 | 3 |
| 150 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | Si debían | 1 | 2 | 5 | 3 | No puedo | 1 | 12 | 4 | 7 |
| 151 | 19 | F | 2 | No | - | - | d | Si | Si debían | 1 | 5 | 3 | 9 | No debe | 12 | 3 | 5 | 10 |
| 152 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 4 | 1 | 3 | 9 | No debe | 2 | 3 | 11 | 5 |
| 153 | 20 | M | 2 | No | - | - | d | Si | No lo sé | 5 | 7 | 10 | 11 | No debe | 4 | 11 | 2 | 5 |
| 154 | 19 | M | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 4 | 7 | 9 | 11 | Si debe | 12 | 7 | 10 | 2 |
| 155 | 19 | M | 2 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No debían | 7 | 5 | 4 | 11 | No debe | 11 | 10 | 3 | 6 |
| 156 | 29 | M | 3 | Si | Cristianismo | No | b | Si | No lo sé | 1 | 3 | 9 | 11 | No debe | 2 | 5 | 9 | 11 |
| 157 | 25 | M | 3 | Si | Cristianismo | Si | c | Si | No debían | 9 | 6 | 11 | 12 | Si debe | 2 | 6 | 7 | 12 |
| 158 | 20 | F | 3 | No | - | - | b | Si | Si debían | 1 | 4 | 2 | 5 | No debe | 2 | 7 | 8 | 9 |
| 159 | 20 | F | 3 | No | - | - | a | Si | Si debían | 12 | 9 | 4 | 2 | Si debe | 8 | 9 | 10 | 12 |
| 160 | 20 | F | 3 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 4 | 12 | 6 | 7 | Si debe | 6 | 10 | 12 | 1 |
| 161 | 20 | F | 3 | No | - | - | b | Si | Si debían | 1 | 5 | 3 | 4 | No debe | 7 | 8 | 9 | 3 |
| 162 | 20 | F | 3 | No | - | - | c | Si | Si debían | 1 | 3 | 8 | 11 | No debe | 3 | 8 | 9 | 11 |
| 163 | 21 | F | 3 | No | - | - | a | Si | No lo sé | 4 | 2 | 3 | 12 | No puedo | 3 | 2 | 4 | 6 |
| 164 | 20 | F | 3 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 4 | 8 | 6 | No debe | 4 | 5 | 8 | 12 |
| 165 | 20 | F | 3 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 7 | 4 | 10 | No debe | 3 | 6 | 4 | 10 |
| 166 | 21 | F | 3 | No | - | - | b | Si | Si debían | 1 | 3 | 2 | 4 | No debe | 1 | 3 | 11 | 7 |
| 167 | 20 | F | 3 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 1 | 2 | 9 | 12 | No debe | 8 | 9 | 3 | 10 |
| 168 | 20 | F | 3 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 8 | 7 | 4 | 10 | Si debe | 5 | 4 | 1 | 12 |
| 169 | 21 | M | 3 | No | - | - | c | Si | No lo sé | 10 | 4 | 7 | 1 | No debe | 3 | 4 | 9 | 12 |
| 170 | 20 | M | 3 | Si | Cristianismo | Si | d | Si | No debían | 10 | 5 | 2 | 1 | No puedo | 1 | 6 | 5 | 3 |
| 171 | 20 | F | 3 | No | - | - | a | Si | Si debían | 3 | 12 | 4 | 5 | No debe | 1 | 7 | 10 | 12 |
| 172 | 20 | F | 3 | No | - | - | a | Si | No debían | 2 | 9 | 8 | 10 | Si debe | 6 | 9 | 10 | 12 |
| 173 | 20 | F | 3 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No debían | 4 | 11 | 3 | 2 | Si debe | 4 | 10 | 5 | 2 |
| 174 | 20 | F | 3 | No | - | - | b | Si | Si debían | 5 | 10 | 3 | 6 | No debe | 3 | 7 | 8 | 9 |
| 175 | 20 | F | 3 | No | - | - | c | Si | Si debían | 12 | 11 | 7 | 4 | No puedo | 1 | 10 | 9 | 5 |
| 176 | 21 | F | 3 | No | - | - | a | Si | No lo sé | 4 | 3 | 10 | 12 | No puedo | 6 | 2 | 3 | 12 |
| 177 | 20 | F | 3 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | Si debían | 3 | 7 | 12 | 6 | No debe | 4 | 5 | 7 | 11 |
| 178 | 20 | M | 3 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 5 | 2 | 1 | 10 | Si debe | 5 | 6 | 8 | 12 |
| 179 | 21 | F | 3 | No | - | - | c | Si | Si debían | 11 | 3 | 4 | 10 | Si debe | 1 | 3 | 4 | 10 |
| 180 | 20 | F | 3 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 2 | 8 | 12 | 10 | No debe | 3 | 8 | 5 | 10 |
| 181 | 20 | | 3 | No | - | - | d | Si | Si debían | 3 | 12 | 7 | 2 | No debe | 1 | 6 | 10 | 2 |
| 182 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | c | Si | No lo sé | 11 | 3 | 5 | 8 | No puedo | 12 | 7 | 10 | 9 |
| 183 | 23 | M | 4 | No | - | - | a | Si | No lo sé | 1 | 4 | 5 | 11 | No debe | 1 | 3 | 6 | 9 |
| 184 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 11 | 3 | 4 | 10 | No debe | 6 | 4 | 7 | 9 |
| 185 | 21 | F | 4 | No | - | - | a | Si | Si debían | 4 | 9 | 3 | 8 | No puedo | 9 | 10 | 2 | 1 |
| 186 | 23 | F | 4 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | 4 | 11 | 5 | No debe | 9 | 1 | 3 | 10 |
| 187 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 5 | 11 | 7 | 4 | No puedo | 9 | 12 | 6 | 7 |
| 188 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 8 | 4 | 11 | 3 | No puedo | 10 | 9 | 7 | 2 |

Tabla 2.4. Datos recogidos

| Sujeto | Edad | Sexo | Curso | Creyente | Religión | Practicante | Importancia | Asig. Cursada | Ocupación | 1º | 2º | 3º | 4º | Impedir publicación | 1ª | 2ª | 3ª | 4ª |
|--------|------|------|-------|----------|--------------|-------------|-------------|---------------|-----------|----|----|----|----|---------------------|----|----|----|----|
| 189 | 21 | F | 4 | No | - | - | a | Si | No lo sé | 5 | 4 | 3 | 8 | No debe | 6 | 10 | 9 | 11 |
| 190 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 4 | 11 | 2 | 9 | No debe | 8 | 11 | 10 | 6 |
| 191 | 25 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | c | Si | Si debían | 1 | 4 | 11 | 5 | No debe | 1 | 4 | 10 | 12 |
| 192 | 23 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | c | Si | Si debían | 6 | 1 | 11 | 5 | No debe | 2 | 10 | 6 | 9 |
| 193 | 23 | M | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 4 | 1 | 5 | 7 | No puedo | 10 | 9 | 8 | 11 |
| 194 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 11 | 4 | 7 | 9 | No debe | 2 | 9 | 10 | 7 |
| 195 | 23 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No lo sé | 1 | 11 | 4 | 9 | No debe | 9 | 11 | 3 | 6 |
| 196 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | 3 | 1 | 5 | 11 | No debe | 10 | 4 | 6 | 8 |
| 197 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 11 | 4 | 9 | 5 | No puedo | 9 | 4 | 6 | 8 |
| 198 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 11 | 5 | 2 | 9 | No debe | 11 | 9 | 3 | 6 |
| 199 | 21 | F | 4 | No | - | - | a | Si | Si debían | 4 | 5 | 9 | 11 | No debe | 2 | 5 | 7 | 12 |
| 200 | 21 | F | 4 | No | - | - | a | Si | Si debían | 11 | 5 | 3 | 12 | No debe | 9 | 4 | 10 | 12 |
| 201 | 21 | M | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 5 | 2 | 4 | 11 | No debe | 12 | 8 | 6 | 2 |
| 202 | 21 | F | 4 | No | - | - | a | Si | No lo sé | 1 | 4 | 6 | 11 | No debe | 10 | 8 | 9 | 6 |
| 203 | 21 | F | 4 | No | - | - | a | Si | Si debían | 4 | 11 | 7 | 5 | No debe | 9 | 10 | 6 | 12 |
| 204 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | c | Si | Si debían | 1 | 2 | 3 | 7 | Si debe | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 205 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 5 | 11 | 6 | 8 | No puedo | 4 | 5 | 11 | 3 |
| 206 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | c | Si | Si debían | 5 | 11 | 4 | 6 | No puedo | 11 | 9 | 10 | 3 |
| 207 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 4 | 3 | 11 | Si debe | 10 | 5 | 12 | 9 |
| 208 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 11 | 5 | 6 | 12 | Si debe | 1 | 4 | 6 | 9 |
| 209 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No debían | 11 | 4 | 6 | 7 | No puedo | 6 | 10 | 9 | 11 |
| 210 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 11 | 6 | 4 | 5 | No puedo | 6 | 10 | 3 | 9 |
| 211 | 21 | F | 4 | No | - | - | c | Si | No debían | 5 | 6 | 9 | 11 | No debe | 9 | 10 | 6 | 3 |
| 212 | 22 | M | 4 | No | - | - | a | Si | No debían | 11 | 5 | 4 | 7 | Si debe | 8 | 6 | 12 | 9 |
| 213 | 23 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 4 | 8 | 7 | 10 | Si debe | 9 | 8 | 3 | 1 |
| 214 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 1 | 3 | 8 | 12 | No debe | 6 | 1 | 12 | 9 |
| 215 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 4 | 5 | 8 | 7 | Si debe | 11 | 3 | 5 | 10 |
| 216 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | No lo sé | 2 | 4 | 6 | 11 | Si debe | 6 | 12 | 4 | 9 |
| 217 | 22 | M | 4 | No | - | - | d | Si | Si debían | 7 | 5 | 10 | 6 | Si debe | 10 | 11 | 2 | 6 |
| 218 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | c | Si | Si debían | 10 | 7 | 3 | 4 | No puedo | 11 | 2 | 7 | 9 |
| 219 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No debían | 11 | 6 | 12 | 10 | No puedo | 4 | 5 | 8 | 7 |
| 220 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 4 | 5 | 6 | 7 | No debe | 8 | 6 | 7 | 11 |
| 221 | 21 | M | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No debían | 12 | 2 | 6 | 7 | Si debe | 1 | 6 | 4 | 9 |
| 222 | 29 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No debían | 3 | 7 | 5 | 2 | No debe | 9 | 4 | 6 | 11 |
| 223 | 24 | M | 4 | No | - | - | a | Si | Si debían | 11 | 7 | 3 | 6 | No debe | 9 | 3 | 10 | 4 |
| 224 | 21 | F | 4 | No | - | - | a | Si | No debían | 4 | 12 | 5 | 2 | No debe | 2 | 6 | 12 | 11 |
| 225 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | c | Si | Si debían | 10 | 7 | 3 | 6 | Si debe | 10 | 8 | 9 | 6 |
| 226 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 3 | 6 | 9 | 12 | Si debe | 5 | 3 | 12 | 11 |
| 227 | 21 | F | 4 | Si | Otras | No | b | Si | No lo sé | 5 | 6 | 7 | 2 | Si debe | 4 | 9 | 10 | 7 |
| 228 | 32 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 11 | 7 | 9 | 5 | No puedo | 10 | 12 | 1 | 6 |
| 229 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | 6 | 9 | 10 | 4 | Si debe | 9 | 4 | 11 | 6 |
| 230 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 1 | 6 | 4 | 7 | Si debe | 10 | 9 | 4 | 11 |
| 231 | 22 | F | 4 | No | - | - | a | Si | Si debían | 5 | 1 | 8 | 6 | Si debe | 6 | 3 | 1 | 12 |
| 232 | 21 | F | 4 | No | - | - | a | Si | Si debían | 7 | 12 | 5 | 2 | No debe | 2 | 6 | 5 | 11 |
| 233 | 22 | F | 4 | No | - | - | a | Si | No debían | 10 | 5 | 8 | 9 | No debe | 5 | 11 | 12 | 2 |
| 234 | 22 | F | 4 | No | - | - | d | Si | No lo sé | 12 | 5 | 3 | 4 | Si debe | 7 | 6 | 9 | 3 |
| 235 | 25 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | d | Si | No debían | 2 | 1 | 12 | 7 | Si debe | 4 | 1 | 12 | 6 |

Tabla 2.5. Datos recogidos

| Sujeto | Edad | Sexo | Curso | Creyente | Religión | Practicante | Importancia | Asig. Cursada | Ocupación | 1° | 2° | 3° | 4° | Impedir publicación | 1ª | 2ª | 3ª | 4ª |
|--------|------|------|-------|----------|--------------|-------------|-------------|---------------|-----------|----|----|----|----|---------------------|----|----|----|----|
| 236 | 28 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 6 | 11 | 5 | 4 | Si debe | 7 | 8 | 11 | 6 |
| 237 | 21 | M | 4 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | 1 | 6 | 5 | 2 | No puedo | 10 | 4 | 6 | 9 |
| 238 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 8 | 12 | 4 | 10 | No debe | 6 | 4 | 8 | 9 |
| 239 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 3 | 7 | 6 | 11 | Si debe | 3 | 12 | 11 | 9 |
| 240 | 22 | M | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No debían | 10 | 11 | 9 | 6 | Si debe | 9 | 10 | 7 | 6 |
| 241 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | No debían | 9 | 3 | 5 | 6 | No debe | 3 | 5 | 4 | 8 |
| 242 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 12 | 1 | 7 | 3 | No puedo | 9 | 1 | 5 | 4 |
| 243 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 6 | 2 | 7 | 9 | No puedo | 6 | 10 | 3 | 12 |
| 244 | 22 | F | 4 | No | - | - | a | Si | Si debían | 4 | 6 | 10 | 11 | Si debe | 9 | 12 | 6 | 5 |
| 245 | 27 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | c | Si | No debían | 7 | 6 | 3 | 12 | No debe | 7 | 6 | 1 | 10 |
| 246 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | c | Si | Si debían | 8 | 9 | 2 | 7 | Si debe | 8 | 6 | 10 | 2 |
| 247 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | b | Si | No debían | 9 | 10 | 6 | 7 | Si debe | 11 | 10 | 3 | 1 |
| 248 | 21 | F | 4 | No | - | - | a | Si | Si debían | 11 | 10 | 12 | 1 | Si debe | 6 | 9 | 7 | 1 |
| 249 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | Si debían | 11 | 3 | 4 | 6 | No puedo | 6 | 4 | 9 | 10 |

Tabla 2.6. Datos recogidos

| Sujeto | Edad | Sexo | Curso | Creyente | Religión | Practicante | Importancia | Asig. Cursada | Ocupación | 1º | 2º | 3º | 4º | ΣCaso 1 | Impedir publicación | 1ª | 2ª | 3ª | 4ª | ΣCaso 2 | Σ1+Σ2 | Desarrollo moral |
|--------|------|------|-------|----------|--------------|-------------|-------------|---------------|-----------|----|----|----|----|---------|---------------------|----|----|----|----|---------|-------|------------------|
| 1 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No lo sé | 1 | 2 | 0 | -1 | 2 | No puedo | 0 | 0 | -1 | 2 | 1 | 3 | 2,85 |
| 2 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | -1 | 0 | 0 | 0 | No debe | 0 | -1 | 0 | 0 | -1 | -1 | -0,95 |
| 3 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | No debe | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2,85 |
| 4 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | Si debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1,9 |
| 5 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | No lo sé | 0 | -1 | 2 | 0 | 1 | No debe | 0 | -1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 1,9 |
| 6 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | -1 | 0 | 0 | 2 | 1 | No debe | -1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0,95 |
| 7 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 1 | 2 | -1 | 0 | 2 | No debe | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 3,8 |
| 8 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | -1 | 1 | 0 | 2 | 2 | No debe | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 3,8 |
| 9 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 1 | 2 | 0 | 4 | Si debe | 0 | -1 | 1 | 2 | 2 | 6 | 5,7 |
| 10 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | d | Si | Si debían | -1 | 1 | 0 | 0 | 0 | No debe | 0 | 0 | -1 | 0 | -1 | -1 | -0,95 |
| 11 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | No debe | 0 | 1 | 0 | -1 | 0 | 1 | 0,95 |
| 12 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 2 | 2 | 5 | No debe | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 7 | 6,65 |
| 13 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | Si debían | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | No debe | 0 | 0 | -1 | 0 | -1 | 1 | 0,95 |
| 14 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | No puedo | -1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,95 |
| 15 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | -1 | 0 | 2 | 0 | 1 | No puedo | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | 4 | 3,8 |
| 16 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | -1 | 0 | 2 | 0 | 1 | No puedo | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1,9 |
| 17 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 | No puedo | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 4 | 3,8 |
| 18 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 2 | 0 | -1 | 2 | 3 | No debe | -1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 4 | 3,8 |
| 19 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 0 | 1 | 1 | -1 | 1 | No debe | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2,85 |
| 20 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | d | Si | Si debían | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | No puedo | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0,95 |
| 21 | 18 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | No debían | -1 | 0 | 1 | 0 | 0 | Si debe | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1,9 |
| 22 | 18 | F | 1 | Si | Otras | Si | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | No puedo | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 4 | 3,8 |
| 23 | 18 | F | 1 | No | - | - | c | Si | No debían | 1 | 0 | 1 | -1 | 1 | No puedo | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 | 4 | 3,8 |
| 24 | 18 | F | 1 | No | - | - | a | Si | Si debían | 0 | -1 | 0 | 0 | -1 | Si debe | 0 | 0 | 0 | -1 | -1 | -2 | -1,9 |
| 25 | 18 | F | 1 | No | - | - | a | Si | No lo sé | -1 | 0 | 0 | 0 | -1 | No debe | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0,95 |
| 26 | 18 | F | 1 | No | - | - | b | Si | Si debían | 1 | 0 | -1 | 0 | 0 | No debe | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 2,85 |
| 27 | 18 | F | 1 | No | - | - | c | Si | Si debían | 1 | -1 | 0 | 0 | 0 | No debe | 0 | 2 | -1 | 0 | 1 | 1 | 0,95 |
| 28 | 18 | F | 1 | No | - | - | a | Si | No debían | -1 | 1 | 0 | 0 | 0 | No debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 29 | 18 | F | 1 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 2 | 1 | 4 | No puedo | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 6 | 5,7 |
| 30 | 18 | F | 1 | No | - | - | a | Si | Si debían | -1 | 1 | 0 | 0 | 0 | Si debe | 0 | -1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0,95 |
| 31 | 18 | F | 1 | No | - | - | a | Si | Si debían | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | No puedo | -1 | 0 | 0 | 0 | -1 | 1 | 0,95 |
| 32 | 18 | F | 1 | No | - | - | a | Si | No debían | -1 | 0 | 0 | 2 | 1 | Si debe | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 3 | 2,85 |
| 33 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | No puedo | 0 | 0 | 2 | -1 | 1 | 1 | 0,95 |
| 34 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | -1 | 1 | 0 | 0 | 0 | No debe | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1,9 |
| 35 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 0 | 1 | 0 | -1 | 0 | No debe | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 | 3 | 2,85 |
| 36 | 19 | F | 1 | Si | Otras | No | b | Si | Si debían | -1 | 0 | 1 | 2 | 2 | No debe | 0 | -1 | 0 | 0 | -1 | 1 | 0,95 |
| 37 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 2 | 1 | 0 | -1 | 2 | Si debe | 0 | -1 | 0 | 0 | -1 | 1 | 0,95 |
| 38 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 | No puedo | 0 | -1 | 0 | 0 | -1 | 2 | 1,9 |
| 39 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | No puedo | -1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,95 |
| 40 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | b | Si | No lo sé | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | No debe | 0 | 0 | 0 | -1 | -1 | 2 | 1,9 |
| 41 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | No debe | -1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 5 | 4,75 |
| 42 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | -1 | 1 | 0 | 1 | 1 | No puedo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,95 |
| 43 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 | Si debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2,85 |
| 44 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | Si debe | 0 | 1 | -1 | 0 | 0 | 1 | 0,95 |
| 45 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | -1 | 1 | 0 | 2 | 2 | No debe | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2,85 |
| 46 | 19 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | d | Si | Si debían | 0 | -1 | 0 | 0 | -1 | Si debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -1 | -0,95 |
| 47 | 19 | F | 1 | No | - | - | d | Si | Si debían | 1 | -1 | 0 | 0 | 0 | No debe | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 2,85 |

Tabla 2.7. Sustitución de variables

| Sujeto | Edad | Sexo | Curso | Creyente | Religión | Practicante | Importancia | Asig. Cursada | Ocupación | 1° | 2° | 3° | 4° | ΣCaso 1 | Impedir publicación | 1° | 2° | 3° | 4° | ΣCaso 2 | Σ1+Σ2 | Desarrollo moral |
|--------|------|------|-------|----------|--------------|-------------|-------------|---------------|-----------|----|----|----|----|---------|---------------------|----|----|----|----|---------|-------|------------------|
| 48 | 19 | F | 1 | No | - | - | a | Si | Si debían | -1 | 0 | 0 | 2 | 1 | No debe | 0 | -1 | 0 | 0 | -1 | 0 | 0 |
| 49 | 19 | F | 1 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | -1 | 0 | 0 | 0 | No debe | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1,9 |
| 50 | 20 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | b | Si | No lo sé | 1 | 0 | 0 | -1 | 0 | Si debe | 0 | 0 | 0 | -1 | -1 | -1 | -0,95 |
| 51 | 20 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No debían | 0 | 1 | 2 | 1 | 4 | No debe | 0 | -1 | 0 | 0 | -1 | 3 | 2,85 |
| 52 | 20 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | d | Si | No debían | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | Si debe | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 | 2,85 |
| 53 | 20 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 0 | 1 | 2 | 1 | 4 | No debe | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 6 | 5,7 |
| 54 | 20 | F | 1 | Si | Otras | No | d | Si | Si debían | -1 | 0 | 0 | 1 | 0 | No debe | 0 | 0 | -1 | 0 | -1 | -1 | -0,95 |
| 55 | 20 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | c | Si | Si debían | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | No debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1,9 |
| 56 | 20 | F | 1 | No | - | - | b | Si | Si debían | 0 | 3 | 1 | 0 | 4 | No debe | -1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 5 | 4,75 |
| 57 | 20 | F | 1 | No | - | - | c | Si | No debían | 1 | 0 | -1 | 0 | 0 | No puedo | 2 | 0 | -1 | 1 | 2 | 2 | 1,9 |
| 58 | 20 | F | 1 | No | - | - | a | Si | No lo sé | -1 | 1 | 0 | 0 | 0 | No debe | 0 | 0 | 1 | -1 | 0 | 0 | 0 |
| 59 | 20 | F | 1 | No | - | - | d | Si | Si debían | 0 | 0 | -1 | 0 | -1 | No debe | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2 | 1,9 |
| 60 | 21 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No lo sé | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | No debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1,9 |
| 61 | 21 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | Si debían | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | Si debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,95 |
| 62 | 22 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | No debe | -1 | 0 | 0 | 0 | -1 | 0 | 0 |
| 63 | 22 | F | 1 | No | - | - | a | Si | Si debían | 2 | 1 | 0 | -1 | 2 | No puedo | 0 | 2 | 0 | -1 | 1 | 3 | 2,85 |
| 64 | 22 | F | 1 | No | - | - | b | Si | No lo sé | 1 | 2 | -1 | 0 | 2 | No debe | 0 | 0 | -1 | 2 | 1 | 3 | 2,85 |
| 65 | 23 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | No debe | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 4 | 3,8 |
| 66 | 23 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 0 | 2 | 1 | -1 | 2 | No debe | -1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2,85 |
| 67 | 24 | F | 1 | No | - | - | b | Si | Si debían | 0 | 1 | 0 | -1 | 0 | Si debe | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1,9 |
| 68 | 24 | F | 1 | No | - | - | a | Si | Si debían | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | Si debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,95 |
| 69 | 25 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | -1 | 0 | 1 | 0 | 0 | No debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 70 | 26 | F | 1 | No | - | - | a | Si | No lo sé | 1 | 1 | 0 | 2 | 4 | No debe | 0 | -1 | 0 | 1 | 0 | 4 | 3,8 |
| 71 | 26 | F | 1 | No | - | - | a | Si | No lo sé | 0 | 0 | -1 | 1 | 0 | No puedo | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0,95 |
| 72 | 28 | F | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No debían | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 | Si debe | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 3,8 |
| 73 | 30 | F | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | -1 | 0 | 2 | 0 | 1 | No debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,95 |
| 74 | 18 | M | 1 | Si | Cristianismo | No | d | Si | No lo sé | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | Si debe | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 5 | 4,75 |
| 75 | 18 | M | 1 | Si | Cristianismo | No | c | Si | Si debían | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | No debe | -1 | 0 | 0 | 0 | -1 | 1 | 0,95 |
| 76 | 18 | M | 1 | Si | Cristianismo | No | b | Si | No lo sé | 1 | 0 | -1 | 0 | 0 | No debe | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1,9 |
| 77 | 18 | M | 1 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | Si debían | 1 | 0 | 2 | -1 | 2 | No debe | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 3,8 |
| 78 | 18 | M | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 1 | 0 | -1 | 1 | 1 | Si debe | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2,85 |
| 79 | 18 | M | 1 | No | - | - | a | Si | Si debían | 0 | 1 | 0 | -1 | 0 | No puedo | 0 | 0 | -1 | 0 | -1 | -1 | -0,95 |
| 80 | 18 | M | 1 | No | - | - | d | Si | Si debían | -1 | 1 | 0 | 0 | 0 | No debe | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0,95 |
| 81 | 19 | M | 1 | Si | Cristianismo | Si | c | Si | Si debían | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | Si debe | 0 | -1 | 0 | 0 | -1 | 2 | 1,9 |
| 82 | 19 | M | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 0 | -1 | 0 | 1 | 0 | No debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 83 | 19 | M | 1 | Si | Cristianismo | Si | a | N | Si debían | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 | Si debe | -1 | 0 | 0 | 0 | -1 | 2 | 1,9 |
| 84 | 20 | M | 1 | Si | Otras | No | a | Si | No debían | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | No debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1,9 |
| 85 | 21 | M | 1 | No | - | - | c | Si | Si debían | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 | No debe | 0 | -1 | 2 | 0 | 1 | 4 | 3,8 |
| 86 | 22 | M | 1 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No debían | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 | No debe | -1 | 0 | 0 | 0 | -1 | 2 | 1,9 |
| 87 | 41 | M | 1 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | Si debían | 2 | 0 | -1 | 0 | 1 | No debe | 0 | 0 | -1 | 0 | -1 | 0 | 0 |
| 88 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 0 | 1 | -1 | 2 | 2 | No puedo | 0 | -1 | 0 | 0 | -1 | 1 | 0,95 |
| 89 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | b | Si | No lo sé | 0 | 1 | 0 | -1 | 0 | No puedo | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1,9 |
| 90 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debe | 0 | -1 | 1 | 2 | 2 | No debe | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | 5 | 4,75 |
| 91 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | Si debe | 0 | 0 | 0 | -1 | -1 | 0 | 0 |
| 92 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | d | Si | No lo sé | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | No debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1,9 |
| 93 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 0 | 0 | -1 | 2 | 1 | Si debe | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 3 | 2,85 |
| 94 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | No debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1,9 |

Tabla 2.8. Sustitución de variables

| Sujeto | Edad | Sexo | Curso | Creyente | Religión | Practicante | Importancia | Asig. Cursada | Ocupación | 1° | 2° | 3° | 4° | ΣCaso 1 | Impedir publicación | 1° | 2° | 3° | 4° | ΣCaso 2 | Σ1+Σ2 | Desarrollo moral |
|--------|------|------|-------|----------|--------------|-------------|-------------|---------------|-----------|----|----|----|----|---------|---------------------|----|----|----|----|---------|-------|------------------|
| 95 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | No puedo | 0 | 2 | 0 | -1 | 1 | 3 | 2,85 |
| 96 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | No puedo | 0 | -1 | 2 | 0 | 1 | 3 | 2,85 |
| 97 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 0 | -1 | 0 | No debe | 2 | -1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0,95 |
| 98 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | No debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1,9 |
| 99 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 1 | 0 | 2 | -1 | 2 | No debe | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 4 | 3,8 |
| 100 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | c | Si | Si debían | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | No debe | 0 | -1 | 0 | 0 | -1 | 2 | 1,9 |
| 101 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | Si debían | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | Si debe | -1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,95 |
| 102 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | Si debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1,9 |
| 103 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | Si debían | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | No debe | 0 | 0 | -1 | 0 | -1 | 1 | 0,95 |
| 104 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 1 | -1 | 0 | 1 | 1 | No debe | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2,85 |
| 105 | 19 | F | 2 | Si | Otras | Si | a | Si | Si debían | 2 | 1 | 1 | 0 | 4 | No debe | 0 | -1 | 0 | 2 | 1 | 5 | 4,75 |
| 106 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | No lo sé | 2 | 0 | 2 | 1 | 5 | No puedo | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 5,7 |
| 107 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 0 | 1 | -1 | 2 | 2 | No puedo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1,9 |
| 108 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | Si debían | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | No puedo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,95 |
| 109 | 19 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | No debe | 0 | 0 | 0 | -1 | -1 | 0 | 0 |
| 110 | 19 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | No debe | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2,85 |
| 111 | 19 | F | 2 | No | - | - | d | Si | Si debían | 0 | 1 | 2 | -1 | 2 | No debe | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 4 | 3,8 |
| 112 | 19 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | No debe | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2,85 |
| 113 | 19 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | No debe | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 2,85 |
| 114 | 19 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | No puedo | 2 | 0 | -1 | 0 | 1 | 3 | 2,85 |
| 115 | 19 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 0 | -1 | 0 | No debe | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1,9 |
| 116 | 19 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | No debe | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 3 | 2,85 |
| 117 | 19 | F | 2 | No | - | - | a | Si | No debían | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | No debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1,9 |
| 118 | 19 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 0 | -1 | 0 | No puedo | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0,95 |
| 119 | 19 | F | 2 | No | - | - | c | Si | No lo sé | 0 | 2 | -1 | 0 | 1 | Si debe | 0 | 0 | 1 | -1 | 0 | 1 | 0,95 |
| 120 | 19 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | No debe | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2,85 |
| 121 | 19 | F | 2 | No | - | - | d | Si | Si debían | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | No debe | 0 | 0 | -1 | 0 | -1 | 0 | 0 |
| 122 | 19 | F | 2 | No | Otras | No | b | Si | No debían | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | No debe | -1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0,95 |
| 123 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | Si debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,95 |
| 124 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 | No debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2,85 |
| 125 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | No puedo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 126 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | No debe | 0 | -1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0,95 |
| 127 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No lo sé | 0 | 2 | 1 | 1 | 4 | No debe | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 6 | 5,7 |
| 128 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | Si debe | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | 6 | 5,7 |
| 129 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | No debe | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2,85 |
| 130 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | Si debe | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 4 | 3,8 |
| 131 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | Si debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,95 |
| 132 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | No puedo | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 4 | 3,8 |
| 133 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 2 | -1 | 0 | 2 | No debe | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 4 | 3,8 |
| 134 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 0 | -1 | 0 | 0 | No debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 135 | 20 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | d | Si | No debían | 0 | 0 | 0 | -1 | -1 | No puedo | 0 | 0 | -1 | 0 | -1 | -2 | -1,9 |
| 136 | 20 | F | 2 | No | - | - | c | Si | Si debían | 0 | 1 | 2 | -1 | 2 | No debe | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 4 | 3,8 |
| 137 | 20 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 2 | -1 | 2 | Si debe | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 3,8 |
| 138 | 20 | F | 2 | No | - | - | d | Si | Si debían | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | No debe | 1 | -1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2,85 |
| 139 | 21 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | 1 | 0 | -1 | 0 | 0 | No debe | 2 | 1 | 0 | -1 | 2 | 2 | 1,9 |
| 140 | 21 | F | 2 | Si | Islam | Si | c | Si | No lo sé | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | No debe | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 4 | 3,8 |
| 141 | 21 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | 0 | 0 | -1 | 2 | 1 | No debe | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1,9 |

Tabla 2.9. Sustitución de variables

| Sujeto | Edad | Sexo | Curso | Creyente | Religión | Practicante | Importancia | Asig. Cursada | Ocupación | 1º | 2º | 3º | 4º | ΣCaso 1 | Impedir publicación | 1ª | 2ª | 3ª | 4ª | ΣCaso 2 | Σ1+Σ2 | Desarrollo moral |
|--------|------|------|-------|----------|--------------|-------------|-------------|---------------|-----------|----|----|----|----|---------|---------------------|----|----|----|----|---------|-------|------------------|
| 142 | 22 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 2 | 1 | 4 | No puedo | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 | 7 | 6,65 |
| 143 | 22 | F | 2 | No | - | - | b | Si | Si debían | 0 | 0 | 0 | -1 | -1 | No debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -1 | -0,95 |
| 144 | 25 | F | 2 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | No debe | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 3,8 |
| 145 | 25 | F | 2 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 | No debe | 2 | 0 | 0 | -1 | 1 | 4 | 3,8 |
| 146 | 19 | M | 2 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | Si debe | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 3,8 |
| 147 | 19 | M | 2 | No | - | - | d | Si | No lo sé | 0 | -1 | 0 | 1 | 0 | No debe | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1,9 |
| 148 | 20 | M | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | No debe | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 | 2,85 |
| 149 | 20 | M | 2 | No | - | - | d | Si | Si debían | 1 | 1 | 0 | 2 | 4 | No debe | 0 | -1 | 0 | 0 | -1 | 3 | 2,85 |
| 150 | 20 | M | 2 | No | - | - | d | Si | No lo sé | 1 | 2 | -1 | 2 | 4 | No debe | 0 | 0 | 0 | -1 | -1 | 3 | 2,85 |
| 151 | 21 | M | 2 | No | - | - | a | Si | No debían | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 | No debe | 0 | 0 | 1 | -1 | 0 | 3 | 2,85 |
| 152 | 22 | M | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | No debe | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 4 | 3,8 |
| 153 | 28 | M | 2 | No | - | - | d | Si | No lo sé | 1 | 2 | -1 | 2 | 4 | No debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 3,8 |
| 154 | 19 | M | 2 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 2 | 0 | 2 | 5 | Si debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 4,75 |
| 155 | 19 | M | 2 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No debían | 2 | 1 | 1 | 2 | 6 | No debe | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 7 | 6,65 |
| 156 | 20 | F | 3 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | Si debe | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 3,8 |
| 157 | 20 | F | 3 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | No debe | 0 | -1 | 0 | 0 | -1 | 0 | 0 |
| 158 | 20 | F | 3 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 0 | 2 | 1 | -1 | 2 | No debe | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2,85 |
| 159 | 20 | F | 3 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | No debe | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1,9 |
| 160 | 20 | F | 3 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 0 | 2 | 1 | -1 | 2 | Si debe | -1 | 0 | 0 | 0 | -1 | 1 | 0,95 |
| 161 | 20 | F | 3 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No debían | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 | Si debe | 0 | 0 | -1 | 0 | -1 | 2 | 1,9 |
| 162 | 20 | F | 3 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | Si debían | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | No debe | 0 | -1 | 0 | 0 | -1 | 1 | 0,95 |
| 163 | 20 | F | 3 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 0 | 0 | 0 | -1 | -1 | No debe | 0 | 0 | -1 | 0 | -1 | -2 | -1,9 |
| 164 | 20 | F | 3 | No | - | - | b | Si | Si debían | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | No debe | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 4 | 3,8 |
| 165 | 20 | F | 3 | No | - | - | a | Si | Si debían | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | Si debe | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2,85 |
| 166 | 20 | F | 3 | No | - | - | b | Si | Si debían | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | No debe | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 4 | 3,8 |
| 167 | 20 | F | 3 | No | - | - | c | Si | Si debían | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | No debe | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 4 | 3,8 |
| 168 | 20 | F | 3 | No | - | - | a | Si | Si debían | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | No debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1,9 |
| 169 | 20 | F | 3 | No | - | - | a | Si | No debían | 0 | 0 | 0 | -1 | -1 | Si debe | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 | 2 | 1,9 |
| 170 | 20 | F | 3 | No | - | - | b | Si | Si debían | 1 | -1 | 0 | 0 | 0 | No debe | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1,9 |
| 171 | 20 | F | 3 | No | - | - | c | Si | Si debían | 0 | 2 | 2 | 1 | 5 | No puedo | 0 | 0 | 2 | -1 | 1 | 6 | 5,7 |
| 172 | 21 | F | 3 | No | - | - | a | Si | No lo sé | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | No puedo | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1,9 |
| 173 | 21 | F | 3 | No | - | - | b | Si | Si debían | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | No debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,95 |
| 174 | 21 | F | 3 | No | - | - | a | Si | No lo sé | 1 | 0 | -1 | 0 | 0 | No puedo | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0,95 |
| 175 | 21 | F | 3 | No | - | - | c | Si | Si debían | 2 | 0 | 1 | -1 | 2 | Si debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1,9 |
| 176 | 20 | F | 3 | No | - | - | d | Si | Si debían | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | No debe | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2,85 |
| 177 | 20 | M | 3 | Si | Cristianismo | Si | d | Si | No debían | -1 | 1 | 0 | 0 | 0 | No puedo | 0 | 1 | -1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 178 | 20 | M | 3 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 1 | 0 | 0 | -1 | 0 | Si debe | -1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 179 | 21 | M | 3 | No | - | - | c | Si | No lo sé | -1 | 1 | 2 | 0 | 2 | No debe | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 4 | 3,8 |
| 180 | 25 | M | 3 | Si | Cristianismo | Si | c | Si | No debían | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | Si debe | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2,85 |
| 181 | 29 | M | 3 | Si | Cristianismo | No | b | Si | No lo sé | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | No debe | 0 | -1 | 2 | 0 | 1 | 3 | 2,85 |
| 182 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | c | Si | No lo sé | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | No puedo | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 5 | 4,75 |
| 183 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 1 | 2 | 2 | 1 | 6 | No puedo | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | 9 | 8,55 |
| 184 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 2 | 1 | 2 | 0 | 5 | No debe | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 7 | 6,65 |
| 185 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 | No puedo | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | 6 | 5,7 |
| 186 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | c | Si | Si debían | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | Si debe | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 3,8 |
| 187 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 | Si debe | 0 | -1 | 0 | 2 | 1 | 4 | 3,8 |
| 188 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No debían | 2 | 1 | 0 | 2 | 5 | No puedo | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | 8 | 7,6 |

Tabla 2.10. Sustitución de variables

| Sujeto | Edad | Sexo | Curso | Creyente | Religión | Practicante | Importancia | Asig. Cursada | Ocupación | 1° | 2° | 3° | 4° | ΣCaso 1 | Impedir publicación | 1ª | 2ª | 3ª | 4ª | ΣCaso 2 | Σ1+Σ2 | Desarrollo moral |
|--------|------|------|-------|----------|--------------|-------------|-------------|---------------|-----------|----|----|----|----|---------|---------------------|----|----|----|----|---------|-------|------------------|
| 189 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 1 | 1 | 0 | 2 | 4 | Si debe | 0 | 0 | -1 | 0 | -1 | 3 | 2,85 |
| 190 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No debían | 2 | 0 | 0 | -1 | 1 | No puedo | 0 | -1 | 0 | 0 | -1 | 0 | 0 |
| 191 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 1 | 1 | 0 | 2 | 4 | No debe | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 5 | 4,75 |
| 192 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | c | Si | Si debían | -1 | 2 | 0 | 0 | 1 | Si debe | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 | 4 | 3,8 |
| 193 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | Si debe | -1 | 0 | 0 | 0 | -1 | -1 | -0,95 |
| 194 | 21 | F | 4 | Si | Otras | No | b | Si | No lo sé | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | Si debe | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 5 | 4,75 |
| 195 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | 0 | 0 | -1 | 1 | 0 | Si debe | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 2,85 |
| 196 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | Si debe | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 5 | 4,75 |
| 197 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 0 | 0 | 1 | -1 | 0 | No debe | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 2,85 |
| 198 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 0 | 2 | 0 | 2 | 4 | Si debe | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 6 | 5,7 |
| 199 | 21 | F | 4 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | No puedo | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 2,85 |
| 200 | 21 | F | 4 | No | - | - | a | Si | No lo sé | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | No debe | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | 5 | 4,75 |
| 201 | 21 | F | 4 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | 1 | 0 | 2 | 4 | No debe | 0 | -1 | 0 | 0 | -1 | 3 | 2,85 |
| 202 | 21 | F | 4 | No | - | - | a | Si | Si debían | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 | No debe | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 5 | 4,75 |
| 203 | 21 | F | 4 | No | - | - | a | Si | No lo sé | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 | No debe | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 | 6 | 5,7 |
| 204 | 21 | F | 4 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | 2 | 2 | 1 | 6 | No debe | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | 9 | 8,55 |
| 205 | 21 | F | 4 | No | - | - | c | Si | No debían | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | No debe | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | 6 | 5,7 |
| 206 | 21 | F | 4 | No | - | - | a | Si | No debían | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | No debe | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2,85 |
| 207 | 21 | F | 4 | No | - | - | a | Si | Si debían | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | No debe | 0 | 1 | -1 | 0 | 0 | 3 | 2,85 |
| 208 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 2 | 0 | 1 | -1 | 2 | No debe | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 5 | 4,75 |
| 209 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | No puedo | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 5 | 4,75 |
| 210 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 | No debe | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 4 | 3,8 |
| 211 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | No debe | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 4 | 3,8 |
| 212 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 | No debe | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 | 6 | 5,7 |
| 213 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 | No puedo | 0 | -1 | 0 | 0 | -1 | 2 | 1,9 |
| 214 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | c | Si | Si debían | 1 | 2 | 1 | 0 | 4 | No puedo | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 6 | 5,7 |
| 215 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 | Si debe | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 6 | 5,7 |
| 216 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 2 | 0 | 1 | 1 | 4 | No puedo | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 7 | 6,65 |
| 217 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | No debe | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 2,85 |
| 218 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | No lo sé | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 | Si debe | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 | 6 | 5,7 |
| 219 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | c | Si | Si debían | -1 | 2 | 0 | 1 | 2 | No puedo | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 4 | 3,8 |
| 220 | 22 | F | 4 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | Si debe | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1,9 |
| 221 | 22 | F | 4 | No | - | - | a | Si | No debían | -1 | 1 | 0 | 0 | 0 | No debe | -1 | 0 | 0 | 0 | -1 | -1 | -0,95 |
| 222 | 22 | F | 4 | No | - | - | d | Si | No lo sé | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | Si debe | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | 5 | 4,75 |
| 223 | 23 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | c | Si | Si debían | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 | No debe | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 6 | 5,7 |
| 224 | 23 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No lo sé | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 | No debe | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 | 6 | 5,7 |
| 225 | 23 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 1 | 0 | 2 | -1 | 2 | Si debe | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 3,8 |
| 226 | 23 | F | 4 | No | - | - | a | Si | Si debían | 0 | 1 | 2 | 1 | 4 | No debe | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 6 | 5,7 |
| 227 | 25 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | c | Si | Si debían | 0 | 1 | 2 | 1 | 4 | No debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 3,8 |
| 228 | 25 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | d | Si | No debían | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | Si debe | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 2,85 |
| 229 | 28 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No debían | 0 | 2 | 1 | 1 | 4 | Si debe | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 5 | 4,75 |
| 230 | 29 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No debían | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 | No debe | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | 6 | 5,7 |
| 231 | 32 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 2 | 2 | 0 | 1 | 5 | No puedo | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 6 | 5,7 |
| 232 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | No debían | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | No debe | 0 | -1 | 0 | 0 | -1 | 0 | 0 |
| 233 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | c | Si | Si debían | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | Si debe | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2,85 |
| 234 | 21 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | b | Si | No debían | 0 | -1 | 0 | 2 | 1 | Si debe | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,95 |
| 235 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | Si debían | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | No puedo | 2 | 0 | -1 | 0 | 1 | 3 | 2,85 |

Tabla 2.11. Sustitución de variables

| Sujeto | Edad | Sexo | Curso | Creyente | Religión | Practicante | Importancia | Asig. Cursada | Ocupación | 1° | 2° | 3° | 4° | ΣCaso 1 | Impedir publicación | 1ª | 2ª | 3ª | 4ª | ΣCaso 2 | Σ1+Σ2 | Desarrollo moral |
|--------|------|------|-------|----------|--------------|-------------|-------------|---------------|-----------|----|----|----|----|---------|---------------------|----|----|----|----|---------|-------|------------------|
| 236 | 22 | F | 4 | Si | Cristianismo | Si | b | Si | Si debían | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 | No puedo | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | 6 | 5,7 |
| 237 | 22 | F | 4 | No | - | - | a | Si | Si debían | 1 | 0 | -1 | 2 | 2 | Si debe | 2 | 0 | 1 | -1 | 2 | 4 | 3,8 |
| 238 | 27 | F | 4 | Si | Cristianismo | No | c | Si | No debían | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | No debe | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2,85 |
| 239 | 21 | M | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 1 | 2 | 4 | No debe | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 5 | 4,75 |
| 240 | 21 | M | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No debían | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | Si debe | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 | 5 | 4,75 |
| 241 | 21 | M | 4 | Si | Cristianismo | No | b | Si | Si debían | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | No puedo | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 3,8 |
| 242 | 22 | M | 4 | No | - | - | a | Si | No debían | 2 | 1 | 1 | 2 | 6 | Si debe | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 | 9 | 8,55 |
| 243 | 22 | M | 4 | No | - | - | d | Si | Si debían | 2 | 1 | -1 | 0 | 2 | Si debe | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 | 2,85 |
| 244 | 23 | M | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | Si debían | 1 | 0 | 1 | 2 | 4 | No puedo | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 6 | 5,7 |
| 245 | 23 | M | 4 | No | - | - | a | Si | No lo sé | 0 | 1 | 1 | 2 | 4 | No debe | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 7 | 6,65 |
| 246 | 24 | M | 4 | No | - | - | a | Si | Si debían | 2 | 2 | 0 | 0 | 4 | No debe | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 6 | 5,7 |
| 247 | 21 | M | 4 | No | - | - | a | Si | Si debían | 2 | -1 | 0 | 0 | 1 | Si debe | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 | 4 | 3,8 |
| 248 | 22 | M | 4 | Si | Cristianismo | No | a | Si | No debían | -1 | 2 | 0 | 0 | 1 | Si debe | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 | 4 | 3,8 |
| 249 | 22 | M | 4 | Si | Cristianismo | Si | a | Si | No lo sé | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | No puedo | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 2,85 |

Tabla 2.12. Sustitución de variables

DESARROLLO MORAL RESPECTO AL SEXO

| Sexo | F | M |
|-----------------------|-------|-------|
| Media: | 2,705 | 3,111 |
| Derivación Estándar:: | 2,006 | 2,006 |
| N: | 209 | 40 |
| Diferencia de medias: | 0,407 | |
| T-Score: | 1,175 | |
| Eta Squared: | 0,006 | |
| P: | 0,241 | |

Tabla 2.13. T-Test: desarrollo moral en relación al sexo

No se observan diferencias significativas en la comparación del desarrollo moral entre mujeres y hombres.

Muestras independientes T-Test de F y M en el desarrollo moral

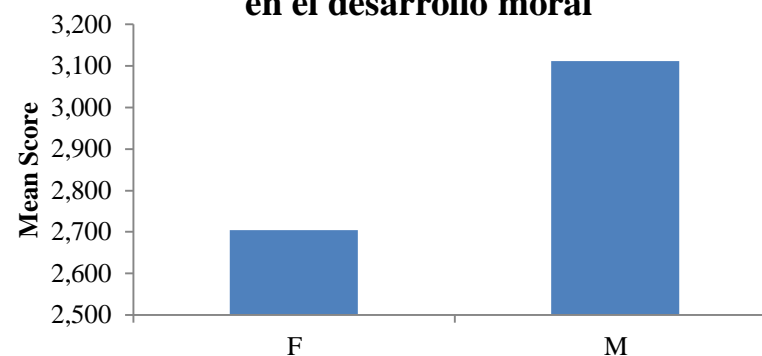


Gráfico 2.1. Muestras independientes T-Test de F y M en el desarrollo moral

| | | | | |
|---------------------|---------|-----------------|---------------------|-------|
| Media del grupo | 2,770 | | | |
| N | 249 | | | |
| Edad por intervalos | N | Media del grupo | Desviación Estándar | |
| 18 | 39 | 2,1923 | 1,9390 | |
| 19 | 59 | 2,1254 | 1,4900 | |
| 20 | 49 | 2,2296 | 1,9054 | |
| 21 | 45 | 3,5678 | 2,1161 | |
| 22 | 29 | 3,7345 | 2,1978 | |
| 23 | 8 | 4,9875 | 1,3193 | |
| 24 | 3 | 2,8500 | 2,5135 | |
| 25 | 6 | 2,8500 | 1,4717 | |
| 26 | 2 | 2,3750 | 2,0153 | |
| 27 | 1 | 2,8500 | 0,0000 | |
| 28 | 3 | 4,1167 | 0,5485 | |
| 29 | 2 | 4,2750 | 2,0153 | |
| 30 | 1 | 0,9500 | 0,0000 | |
| 32 | 1 | 5,7000 | 0,0000 | |
| Varianza | SS | DF | MS | F |
| Entre grupos | 169,039 | 13,000 | 13,003 | 3,699 |
| Dentro del grupo | 822,563 | 234,000 | 3,515 | |
| Total | 991,602 | | | |
| P | | 0,00002 | | |
| Eta ² | | 0,17047 | | |

No existen diferencias significativas en comparación la edad

Tabla 2.14. Comparación de desarrollo moral en función de la edad

| Pruebas Post Hoc | Comparación | Diferencias significativas | T-Valor | P- Sin ajustar | P - Bonferroni | Eta ² |
|------------------|-------------|----------------------------|-------------|----------------|----------------|------------------|
| Grupo 18 | | | | | | |
| | 18 y 19 | 0,066883963 | 0,192666577 | 0,847627101 | 0,847627101 | 0,000386521 |
| | 18 y 20 | 0,037284144 | 0,090475693 | 0,928119603 | 0,928119603 | 9,51753E-05 |
| | 18 y 21 | 1,375470085 | 3,088036239 | 0,002749431 | 0,002749431 | 0,104177276 |
| | 18 y 22 | 1,542175066 | 3,063824431 | 0,003162601 | 0,003162601 | 0,124517724 |
| | 18 y 23 | 2,795192308 | 3,879729168 | 0,000338401 | 0,000338401 | 0,250653161 |
| | 18 y 24 | 0,657692308 | 0,556730617 | 0,580813243 | 0,580813243 | 0,007689143 |
| | 18 y 25 | 0,657692308 | 0,793264327 | 0,431979394 | 0,431979394 | 0,014423077 |
| | 18 y 26 | 0,182692308 | 0,129821575 | 0,897374871 | 0,897374871 | 0,000431958 |
| | 18 y 27 | 0,657692308 | 0,334920904 | 0,739526571 | 0,739526571 | 0,002943207 |
| | 18 y 28 | 1,924358974 | 1,695888223 | 0,097678228 | 0,097678228 | 0,067077955 |
| | 18 y 29 | 2,082692308 | 1,479965951 | 0,146915795 | 0,146915795 | 0,053175123 |
| | 18 y 30 | 1,242307692 | 0,632628373 | 0,530764971 | 0,530764971 | 0,010422302 |
| | 18 y 32 | 3,507692308 | 1,786244819 | 0,082040856 | 0,082040856 | 0,077461001 |

Tabla 2.15. Comparación de desarrollo moral respecto a los 18 años

| Pruebas Post Hoc | Comparación | Diferencias significativas | T-Valor | P- Sin ajustar | P - Bonferroni | Eta ² |
|------------------|-------------|----------------------------|-------------|----------------|----------------|------------------|
| Grupo 19 | | | | | | |
| | 19 y 20 | 0,104168108 | 0,318749017 | 0,750544068 | 0,750544068 | 0,000957582 |
| | 19 y 21 | 1,442354049 | 4,077715491 | 9,02984E-05 | 9,02984E-05 | 0,140167555 |
| | 19 y 22 | 1,60905903 | 4,049380726 | 0,000112016 | 0,000112016 | 0,160135616 |
| | 19 y 23 | 2,862076271 | 5,158672919 | 2,53435E-06 | 2,53435E-06 | 0,290485237 |
| | 19 y 24 | 0,724576271 | 0,79748579 | 0,428313784 | 0,428313784 | 0,010488551 |
| | 19 y 25 | 0,724576271 | 1,135955983 | 0,260277877 | 0,260277877 | 0,020071365 |
| | 19 y 26 | 0,249576271 | 0,23134514 | 0,817847129 | 0,817847129 | 0,000906306 |
| | 19 y 27 | 0,724576271 | 0,482221339 | 0,63146359 | 0,63146359 | 0,003993256 |
| | 19 y 28 | 1,991242938 | 2,291270368 | 0,025474406 | 0,025474406 | 0,080458641 |
| | 19 y 29 | 2,149576271 | 1,992553301 | 0,05094311 | 0,05094311 | 0,063049892 |
| | 19 y 30 | 1,175423729 | 0,782270172 | 0,437237931 | 0,437237931 | 0,010440647 |
| | 19 y 32 | 3,574576271 | 2,378958606 | 0,020673809 | 0,020673809 | 0,088901877 |

Tabla 2.16. Comparación de desarrollo moral respecto a los 19 años

| Pruebas Post Hoc | Comparación | Diferencias significativas | T-Valor | P- Sin ajustar | P - Bonferroni | Eta ² |
|------------------|-------------|----------------------------|-------------|----------------|----------------|------------------|
| Grupo 20 | | | | | | |
| | 20 y 21 | 1,338185941 | 3,226175998 | 0,001738071 | 0,001738071 | 0,101634541 |
| | 20 y 22 | 1,504890922 | 3,18283125 | 0,002113658 | 0,002113658 | 0,11761716 |
| | 20 y 23 | 2,757908163 | 3,928039459 | 0,000241144 | 0,000241144 | 0,219077167 |
| | 20 y 24 | 0,620408163 | 0,539515227 | 0,59192604 | 0,59192604 | 0,00578784 |
| | 20 y 25 | 0,620408163 | 0,767536721 | 0,44616851 | 0,44616851 | 0,01099314 |
| | 20 y 26 | 0,145408163 | 0,105656315 | 0,916286393 | 0,916286393 | 0,00022777 |
| | 20 y 27 | 0,620408163 | 0,322325098 | 0,748606153 | 0,748606153 | 0,002159773 |
| | 20 y 28 | 1,88707483 | 1,69654621 | 0,096000579 | 0,096000579 | 0,054431983 |
| | 20 y 29 | 2,045408163 | 1,486232167 | 0,1436241 | 0,1436241 | 0,043134819 |
| | 20 y 30 | 1,279591837 | 0,664795514 | 0,509362813 | 0,509362813 | 0,009123354 |
| | 20 y 32 | 3,470408163 | 1,803006015 | 0,077666668 | 0,077666668 | 0,063429815 |

Tabla 2.17. Comparación de desarrollo moral respecto a los 20 años

| Pruebas Post Hoc | Comparación | Diferencias significativas | T-Valor | P- Sin ajustar | P - Bonferroni | Eta ² |
|------------------|-------------|----------------------------|-------------|----------------|----------------|------------------|
| Grupo 21 | | | | | | |
| | 21 y 22 | 0,166704981 | 0,325877623 | 0,745462186 | 0,745462186 | 0,001472775 |
| | 21 y 23 | 1,419722222 | 1,826884345 | 0,073571977 | 0,073571977 | 0,061421781 |
| | 21 y 24 | 0,717777778 | 0,563840923 | 0,57560115 | 0,57560115 | 0,006863793 |
| | 21 y 25 | 0,717777778 | 0,801869679 | 0,426500147 | 0,426500147 | 0,012952381 |
| | 21 y 26 | 1,192777778 | 0,780811308 | 0,439001838 | 0,439001838 | 0,013367041 |
| | 21 y 27 | 0,717777778 | 0,335491995 | 0,738848421 | 0,738848421 | 0,002551538 |
| | 21 y 28 | 0,548888889 | 0,444105338 | 0,659048696 | 0,659048696 | 0,004269294 |
| | 21 y 29 | 0,707222222 | 0,462958917 | 0,645624973 | 0,645624973 | 0,004740332 |
| | 21 y 30 | 2,617777778 | 1,223559042 | 0,22763085 | 0,22763085 | 0,032905324 |
| | 21 y 32 | 2,132222222 | 0,996608574 | 0,324404007 | 0,324404007 | 0,02207507 |

Tabla 2.18. Comparación de desarrollo moral respecto a los 21 años

| Pruebas Post Hoc | Comparación | Diferencias significativas | T-Valor | P- Sin ajustar | P - Bonferroni | Eta ² |
|------------------|-------------|----------------------------|-------------|----------------|----------------|------------------|
| Grupo 22 | | | | | | |
| | 22 y 23 | 1,253017241 | 1,528744761 | 0,135316076 | 0,135316076 | 0,062593587 |
| | 22 y 24 | 0,884482759 | 0,656858484 | 0,516279644 | 0,516279644 | 0,01417819 |
| | 22 y 25 | 0,884482759 | 0,937326282 | 0,355400506 | 0,355400506 | 0,025933216 |
| | 22 y 26 | 1,359482759 | 0,84842206 | 0,403151879 | 0,403151879 | 0,0242202 |
| | 22 y 27 | 0,884482759 | 0,395673798 | 0,695344478 | 0,695344478 | 0,005560259 |
| | 22 y 28 | 0,382183908 | 0,296131325 | 0,769170109 | 0,769170109 | 0,002914606 |
| | 22 y 29 | 0,540517241 | 0,337324433 | 0,738301736 | 0,738301736 | 0,003908381 |
| | 22 y 30 | 2,784482759 | 1,245639734 | 0,223219753 | 0,223219753 | 0,05250536 |
| | 22 y 32 | 1,965517241 | 0,879275106 | 0,386736107 | 0,386736107 | 0,026869682 |

Tabla 2.19. Comparación de desarrollo moral respecto a los 22 años

| Pruebas Post Hoc | Comparación | Diferencias significativas | T-Valor | P- Sin ajustar | P - Bonferroni | Eta ² |
|------------------|-------------|----------------------------|-------------|----------------|----------------|------------------|
| Grupo 23 | | | | | | |
| | 23 y 24 | 2,1375 | 1,901282734 | 0,089703903 | 0,089703903 | 0,286556604 |
| | 23 y 25 | 2,1375 | 2,85798307 | 0,01440768 | 0,01440768 | 0,405 |
| | 23 y 26 | 2,6125 | 2,319003617 | 0,048995579 | 0,048995579 | 0,401993355 |
| | 23 y 27 | 2,1375 | 1,527525232 | 0,17047066 | 0,17047066 | 0,25 |
| | 23 y 28 | 0,870833333 | 1,079215401 | 0,308563853 | 0,308563853 | 0,114583333 |
| | 23 y 29 | 0,7125 | 0,632455532 | 0,544737301 | 0,544737301 | 0,047619048 |
| | 23 y 30 | 4,0375 | 2,885325438 | 0,023472376 | 0,023472376 | 0,543233083 |
| | 23 y 32 | 0,7125 | 0,509175077 | 0,626283266 | 0,626283266 | 0,035714286 |

Tabla 2.20. Comparación de desarrollo moral respecto a los 23 años

| Pruebas Post Hoc | Comparación | Diferencias significativas | T-Valor | P- Sin ajustar | P - Bonferroni | Eta ² |
|------------------|-------------|----------------------------|-------------|----------------|----------------|------------------|
| Grupo 24 | | | | | | |
| | 24 y 25 | 4,44089E-16 | 3,43024E-16 | 1 | 1 | 1,68093E-32 |
| | 24 y 26 | 0,475 | 0,220564387 | 0,839589624 | 0,839589624 | 0,015957447 |
| | 24 y 27 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| | 24 y 28 | 1,266666667 | 0,852802865 | 0,441823308 | 0,441823308 | 0,153846154 |
| | 24 y 29 | 1,425 | 0,66169316 | 0,555453075 | 0,555453075 | 0,127358491 |
| | 24 y 30 | 1,9 | 0,654653671 | 0,579915975 | 0,579915975 | 0,176470588 |
| | 24 y 32 | 2,85 | 0,981980506 | 0,429648175 | 0,429648175 | 0,325301205 |

Tabla 2.21. Comparación de desarrollo moral respecto a los 24 años

| Pruebas Post Hoc | Comparación | Diferencias significativas | T-Valor | P- Sin ajustar | P - Bonferroni | Eta ² |
|------------------|-------------|----------------------------|-------------|----------------|----------------|------------------|
| Grupo 25 | | | | | | |
| | 25 y 26 | 0,475 | 0,369274473 | 0,724604764 | 0,724604764 | 0,022222222 |
| | 25 y 27 | 4,44089E-16 | 2,79362E-16 | 1 | 1 | 1,56086E-32 |
| | 25 y 28 | 1,266666667 | 1,401753288 | 0,20373867 | 0,20373867 | 0,219178082 |
| | 25 y 29 | 1,425 | 1,107823419 | 0,310360971 | 0,310360971 | 0,169811321 |
| | 25 y 30 | 1,9 | 1,195228609 | 0,285590941 | 0,285590941 | 0,222222222 |
| | 25 y 32 | 2,85 | 1,792842914 | 0,13297732 | 0,13297732 | 0,391304348 |

Tabla 2.22. Comparación de desarrollo moral respecto a los 25 años

| Pruebas Post Hoc | Comparación | Diferencias significativas | T-Valor | P- Sin ajustar | P - Bonferroni | Eta ² |
|------------------|-------------|----------------------------|-------------|----------------|----------------|------------------|
| Grupo 26 | | | | | | |
| | 26 y 27 | 0,475 | 0,19245009 | 0,878962282 | 0,878962282 | 0,035714286 |
| | 26 y 28 | 1,741666667 | 1,530338356 | 0,223426531 | 0,223426531 | 0,438405797 |
| | 26 y 29 | 1,9 | 0,942809042 | 0,445299804 | 0,445299804 | 0,307692308 |
| | 26 y 30 | 1,425 | 0,577350269 | 0,666666667 | 0,666666667 | 0,25 |
| | 26 y 32 | 3,325 | 1,347150628 | 0,406519728 | 0,406519728 | 0,644736842 |

Tabla 2.23. Comparación de desarrollo moral respecto a los 26 años

| Pruebas Post Hoc | Comparación | Diferencias significativas | T-Valor | P- Sin ajustar | P - Bonferroni | Eta ² |
|------------------|-------------|----------------------------|-------------|----------------|----------------|------------------|
| Grupo 27 | | | | | | |
| | 27 y 28 | 1,266666667 | 2 | 0,183503419 | 0,183503419 | 0,666666667 |
| | 27 y 29 | 1,425 | 0,577350269 | 0,666666667 | 0,666666667 | 0,25 |
| | 27 y 30 | 1,9 | | | | |

Tabla 2.24. Comparación de desarrollo moral respecto a los 27 años

| DESARROLLO MORAL RESPECTO A LAS CREENCIAS | | |
|---|----------|-------|
| | Creyente | No Si |
| Media: | 2,781 | 2,764 |
| Desviación Estándar: | 1,984 | 2,025 |
| N: | 83,000 | 166 |
| Diferencia de medias: | 0,017 | |
| T-Score: | 0,063 | |
| Eta²: | 0,000 | |
| P: | 0,949 | |

Tabla 2. 25. Desarrollo moral respecto a las creencias

No se observan diferencias significativas en el desarrollo moral respecto a las creencias.

Muestras independientes T-Test de No Creyente y Si Creyente y el desarrollo moral

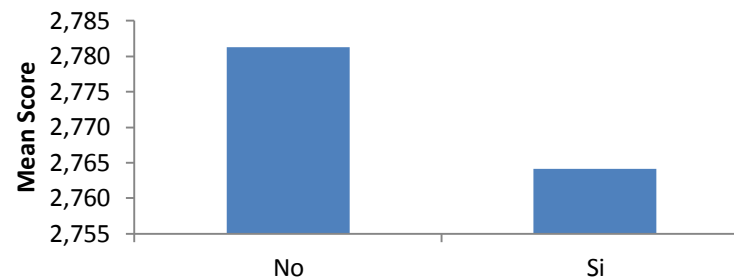


Gráfico 2.2. Muestras independientes T-Test de F y M en el desarrollo moral

| DESARROLLO MORAL RESPECTO A SUJETOS PRACTICANTES O NO PRACTICANTES | | |
|---|---------|---------|
| Practicante | No | Si |
| Media: | 2,8617 | 2,6512 |
| Derivación Estándar: | 2,0786 | 1,9773 |
| N: | 81,0000 | 86,0000 |
| Diferencias en media: | 0,2106 | |
| T-Score: | 0,6709 | |
| Eta²: | 0,0027 | |
| P: | 0,5032 | |

Tabla 2. 26. Desarrollo moral respecto a sujetos practicantes o no practicantes

No se observan diferencias significativas en el desarrollo moral entre practicantes y no practicantes.



Gráfico 2.3. Muestras independientes T-Test de sujetos practicantes y no practicantes

| DESARROLLO MORAL RESPECTO AL CURSO | | | | | | |
|------------------------------------|-------------|----------------------|----------|-----------------|----------------|------------------|
| Ítems | Comparación | Diferencia de medias | T-Valor | P – No ajustada | P - Bonferroni | Eta ² |
| 1º Curso | | | | | | |
| | 1 and 2 | 0,555291 | 1,997294 | 0,047566 | 0,285397517 | 0,025411 |
| | 1 and 3 | 0,095336 | 0,251668 | 0,801763 | 1 | 0,000570 |
| | 1 and 4 | 2,273673 | 7,645495 | 0,000000 | 0,000000000001 | 0,276437 |
| 2º Curso | | | | | | |
| | 2 and 3 | 0,459955 | 1,180797 | 0,240727 | 1 | 0,014929 |
| | 2 and 4 | 1,718382 | 5,407037 | 0,0000003 | 0,000002 | 0,179103 |
| 3º Curso | | | | | | |
| | 3 and 4 | 2,178337 | 5,006164 | 0,000003 | 0,000002 | 0,214090 |

Tabla 2. 27. Desarrollo moral respecto al curso

Se encuentran diferencias significativas en el desarrollo moral entre los alumnos de 1º- 4º, entre 2º- 3º y entre 3º-4º.

Desarrollo moral respecto al curso

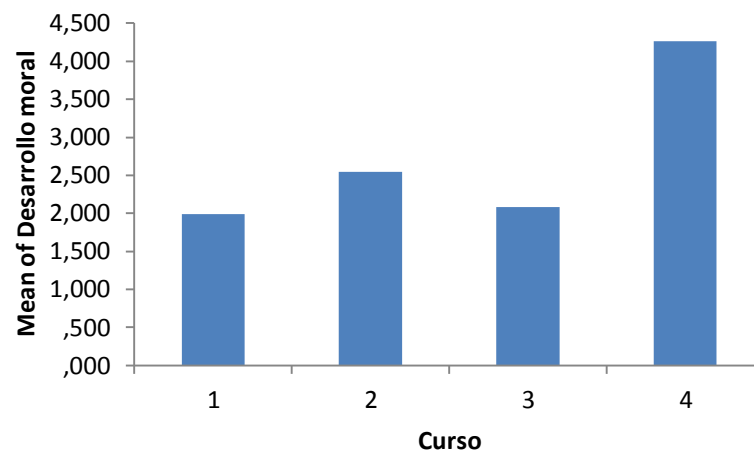


Gráfico 2.4. Desarrollo moral respecto al curso

IMPORTANCIA OTORGADA POR LOS ALUMNOS A LA FORMACIÓN HUMANÍSTICA

Media 2,770
N 249

| Importancia | N | Media | Desviación Estándar |
|-------------|-----|-------|---------------------|
| a | 157 | 2,989 | 2,113 |
| b | 43 | 2,121 | 1,669 |
| c | 26 | 3,325 | 1,478 |
| d | 23 | 1,859 | 1,889 |

| Varianza | SS | DF | MS | F |
|---------------------|---------|---------|--------|-------|
| Entre grupos | 52,767 | 3,000 | 17,589 | 4,553 |
| Sin grupos | 946,507 | 245,000 | 3,863 | |
| Total | 999,274 | | | |

P 0,004
Eta Squared 0,053

Tabla 2. 28. Importancia otorgada por los alumnos a la formación humanística

Se observan diferencias significativas en el desarrollo moral en función a su interés en la formación humanística.

| | Comparación | Diferencia de medias | T-Valor | P- No ajustada | P - Bonferroni | Eta ² |
|-----------------|-------------|----------------------|---------|----------------|----------------|------------------|
| Opción a | a y b | 0,868 | 2,489 | 0,014 | 0,082 | 0,030 |
| | a y c | 0,336 | 0,779 | 0,437 | 1,000 | 0,003 |
| | a y d | 1,130 | 2,427 | 0,016 | 0,097 | 0,032 |
| Opción b | b y c | 1,204 | 3,028 | 0,003 | 0,021 | 0,120 |
| | b y d | 0,262 | 0,581 | 0,563 | 1,000 | 0,005 |
| Opción c | c y d | 1,466 | 3,044 | 0,004 | 0,023 | 0,165 |

Tabla 2. 29. Comparación de desarrollo moral según la importancia otorgada por los alumnos a la formación humanística

Se observan diferencias significativas entre los alumnos que han escogido la opción b y c y entre la c y la d.

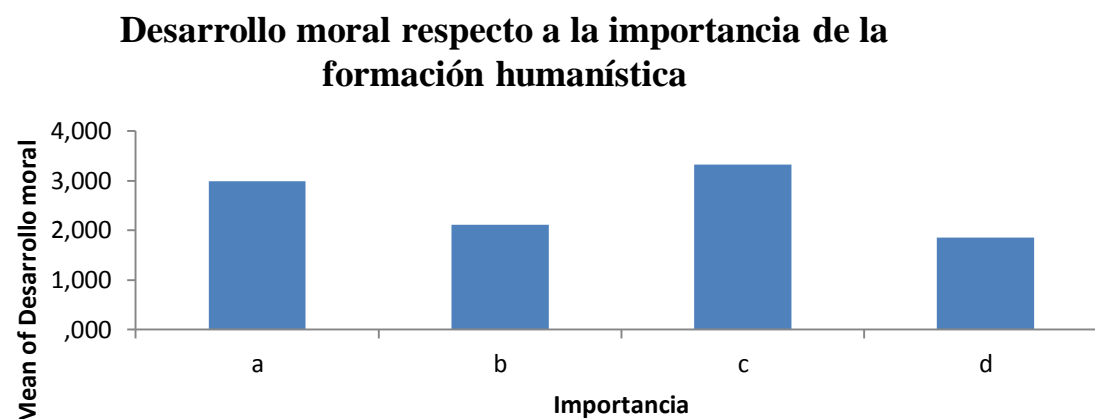


Gráfico 2.5. Desarrollo moral respecto a la importancia de la formación humanística

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA



ANEXO IV

COMPARACIÓN DE LOS PLANES DE ESTUDIO DE LAS UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS

Autor/a: Elena M^a León Cobos

Tutor/a: Juan Antonio Sarrión

Convocatoria: Junio de 2015

| | | |
|---|----|---|
| Total de Universidades | 83 | |
| Universidades que imparten Enfermería y/o Medicina | 54 | De esas 54, en dos de ellas no se puede acceder a los planes de estudios (Almería y Murcia) |

Tabla 3.1. Total de Universidades

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|------------------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Jaime I de Castellón</u> | Enfermería | Psicología aplicada a la enfermería | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Ética y legislación | Ética | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Transculturalidad y cuidado | Transcultural | Ciencias sociales | OP | 4º | 3 |
| | Medicina | Psicología aplicada a la medicina | Psicología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Ética y legislación | Ética | Humanidades | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Antropología | Antropología | Humanidades | OB | 2º | 6 |
| | Medicina | Bioética y profesionalismo | Bioética | Humanidades | OB | 2º | 6 |
| | Medicina | Sociología de la salud | Sociología | Ciencias sociales | OP | 3º | 3 |
| | Medicina | Prácticas psicológicas basadas en la evidencia | Psicología | Ciencias sociales | OP | 3º | 3 |

Tabla 3.2. Universidad Jaime I de Castellón

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|-----------------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad de Jaén</u> | Enfermería | Ciencias psicosociales aplicadas a los cuidados de salud | Psicología | Ciencias sociales | OB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Cultura, género y cuidados de salud | Transcultural | Ciencias sociales | OB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Relaciones humanas y terapéuticas en enfermería | Sociología | Ciencias sociales | OB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Salud Mental | Psicología | Ciencias sociales | FB | 3º | 6 |

Tabla 3.3. Universidad de Jaén

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|--|------------|---|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad de La Laguna</u> | Enfermería | Antropología de los cuidados y bases teóricas y metodológicas de la Enfermería I | Antropología | Humanidades | OB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Ciencias Psicosociales Aplicadas y Enfermería de la Salud Mental y Psiquiátrica | Psicología | Ciencias sociales | OB | 2º | 9 |
| | Enfermería | Habilidades Interpersonales para la Competencia Social | Sociología | Ciencias sociales | OP | 3º | 6 |
| | Enfermería | Procesos Psicosociales aplicados a la Enfermería | Psicología | Ciencias sociales | OP | 3º | 6 |
| | Medicina | Aspectos éticos, legales y humanísticos de la Medicina y comunicación asistencial I | Ética | Humanidades | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Aspectos éticos, legales y humanísticos de la Medicina y comunicación asistencial II | Ética | Humanidades | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Psicología médica, psicopatología y psiquiatría | Psicología | Ciencias sociales | OB | 3º | 9 |
| | Medicina | Aspectos éticos, legales y humanísticos de la Medicina y comunicación asistencial III | Ética | Humanidades | FB | 5º | 6 |

Tabla 3.4. Universidad de La Laguna

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|--|------------|---|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>U. de las Islas Baleares</u> | Enfermería | Ética y legislación sanitaria | Ética | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Comunicación y Salud | Sociología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Bases históricas, Conceptuales y Metodológicas de las Curas | Historia | Ciencias sociales | OB | 2º | 12 |
| | Enfermería | Salud, Sociedad y Medios de Comunicación | Sociología | Ciencias sociales | OP | 3º | 3 |
| | Enfermería | Cuestiones Bioéticas en la Práctica Enfermera | Bioética | Humanidades | OP | 3º | 3 |
| | Enfermería | Comunicación transcultural | Transcultural | Ciencias sociales | OP | 3º | 3 |

Tabla 3.5. Universidad de Las Islas Baleares

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|-----------------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad de León</u> | Enfermería | Enfermería psicosocial | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Transculturalidad, Salud y Género | Transcultural | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Bioética y legislación sanitaria | Bioética | Humanidades | OB | 3º | 6 |
| | Enfermería | Comunicación y habilidades sociales en salud | Sociología | Ciencias sociales | OP | 4º | 3 |

Tabla 3.6. Universidad de León

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|------------------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad de Lérda</u> | Enfermería | Psicología de los cuidados de enfermería | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Filosofía científica | Filosofía | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Ética y legislación de los cuidados | Ética | Humanidades | FB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Sociología de la salud | Sociología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Bioética | Bioética | Humanidades | FB | 3º | 3 |
| | Medicina | Psicología | Psicología | Ciencias sociales | FB | 3º | 6 |
| | Medicina | Antropología y ecología humana | Antropología | Humanidades | OP | 4º | 6 |
| | Medicina | Humanidades y medicina | Historia | Humanidades | OP | 4º | 3 |

Tabla 3.7. Universidad de Lérda

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|-------------------------------------|------------|---|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad de Murcia</u> | Enfermería | Historia y Fundamentos teóricos de la Enfermería | Historia | Humanidades | OB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Ciencias psicosociales aplicadas a los cuidados de Enfermería | Psicología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Ética, Bioética y Legislación | Ética | Humanidades | OB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Antropología de Los Cuidados y Culturas de Salud | Antropología | Humanidades | OP | 3º | 3 |
| | Medicina | Historia de la Medicina; Información y Documentación Científica en Medicina | Historia | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Medicina | Ética Médica | Ética | Humanidades | OB | 1º | 3 |
| | Medicina | Psicología Médica | Psicología | Ciencias sociales | FB | 3º | 6 |

Tabla 3.8. Universidad de Murcia

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|-------------------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad de Málaga</u> | Enfermería | Ciencias psicosociales aplicadas a la enfermería | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Cuidados transculturales | Transcultural | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Ética, Legislación y Administración Sanitaria | Ética | Humanidades | OB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Fundamentos Sociales y Culturales de los Cuidados Enfermeros | Transcultural | Ciencias sociales | OP | 3º | 6 |
| | Medicina | Comunicación en Medicina | Sociología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Medicina | Historia de la medicina y documentación científica | Historia | Humanidades | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Ética Médica | Ética | Humanidades | OB | 2º | 3 |
| | Medicina | Psicología Médica | Psicología | Ciencias sociales | FB | 3º | 6 |

Tabla 3.9. Universidad de Málaga

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|--------------------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad de Navarra</u> | Enfermería | Antropología | Antropología | Humanidades | OB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Fundamentos filosóficos y metodológicos de la enfermería | Filosofía | Humanidades | OB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Sociología | Sociología | Ciencias sociales | OB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Historia de la enfermería | Historia | Humanidades | OB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Psicología | Psicología | Ciencias sociales | OB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Ética general | Ética | Humanidades | OB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Formación humanística | Filosofía | Humanidades | OP | 3º | 3 |
| | Enfermería | Deontología y bioética | Bioética | Humanidades | OB | 4º | 6 |
| | Medicina | Antropología | Antropología | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Medicina | Psicología | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Medicina | Ética general | Ética | Humanidades | FB | 3º | 6 |
| | Medicina | Ética médica | Bioética | Humanidades | OB | 4º | 3 |
| | Medicina | Medicina legal y deontológica | Bioética | Humanidades | OB | 6º | 3 |
| | Medicina | Antropología del amor humano | Antropología | Humanidades | OP | 5º | 3 |
| | Medicina | Comunicación médica | Sociología | Ciencias sociales | OP | 5º | 3 |
| | Medicina | Conductas y Actitudes en la Práctica Médica | Psicología | Ciencias sociales | OP | 5º | 3 |
| | Medicina | Cuestiones sobre ciencia, fe y razón | Filosofía | Humanidades | OP | 5º | 3 |
| | Medicina | Introducción al cristianismo, matrimonio y familia | Teología | Humanidades | OP | 5º | 3 |

Tabla 3.10. Universidad de Navarra

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|-------------------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad de Oviedo</u> | Enfermería | Ciencias Psicosociales en la Salud y en la Enfermedad | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Habilidades Sociales y de Comunicación e Información en Enfermería | Sociología | Ciencias sociales | OB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Ética, Legislación y Administración | Ética | Humanidades | FB | 2º | 3 |
| | Enfermería | Terapias Alternativas y Complementarias en Enfermería Holística | Sociología | Ciencias sociales | OP | 3º | 3 |
| | Enfermería | Antropología en Cuidados de Enfermería | Antropología | Humanidades | OP | 3º | 3 |
| | Medicina | Psicología | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Medicina | Historia de la Medicina, Bioética y Comunicación | Bioética | Humanidades | FB | 2º | 6 |

Tabla 3.11. Universidad de Oviedo

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|--|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>U. de las Palmas de G. Canaria</u> | Enfermería | Psicología | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Bases Históricas, Teóricas y Metodológicas en Enfermería | Historia | Humanidades | OB | 2º | 7,5 |
| | Enfermería | Ética y Legislación | Ética | Humanidades | OB | 3º | 6 |
| | Medicina | Historia de la Medicina, Bases Culturales y Éticas de la Salud y la Enfermedad | Historia | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Medicina | Psicología Médica | Psicología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Sociología | Sociología | Ciencias sociales | OP | 2º | 3 |
| | Medicina | Medicina Legal y Deontología Médica | Bioética | Humanidades | OB | 5º | 6 |

Tabla 3.12. Universidad de Las Palmas de G. Canaria

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|--|------------|---|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad del País Vasco</u> | Enfermería | Antropología, Ética y Legislación | Antropología | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Ciencias Psicosociales Aplicadas a los Cuidados de la Salud | Psicología | Ciencias Sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Relación y Comunicación para el Cuidado | Sociología | Ciencias Sociales | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Documentación, Historia, Teoría y Método de la Medicina | Historia | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Medicina | Psicología | Psicología | Ciencias Sociales | FB | 1º | 6 |
| | Medicina | Ética Médica, Comunicación y Relación Médica | Bioética | Humanidades | OB | 3º | 6 |

Tabla 3.13. Universidad del País Vasco

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|--|----------|---|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad Pompeu Fabra</u> | Medicina | Psicología | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Medicina | Relación médico-enfermo y Habilidades Comunicativas | Sociología | Ciencias sociales | OB | 2º | 5 |
| | Medicina | Bioética | Bioética | Humanidades | OB | 6º | 4 |

Tabla 3.14. Universidad Pompeu Fabra

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|---|------------|---|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>U. Pontificia de Comillas</u> | Enfermería | Psicología Básica y Evolutiva | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Historia de la Enfermería | Historia | Humanidades | OB | 1º | 3 |
| | Enfermería | Psicología de la Salud, Género y Comunicación | Psicología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Bioética | Bioética | Humanidades | OB | 2º | 3 |
| | Enfermería | Cristianismo y Ética Social | Ética | Humanidades | OB | 3º | 6 |
| | Enfermería | Ética Profesional y Legislación Sanitaria | Ética | Humanidades | OB | 4º | 3 |
| | Enfermería | Enfermería Transcultural | Transcultural | Ciencias sociales | OP | 4º | 3 |

Tabla 3.15. Universidad Pontificia de Comillas

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|--|------------|---|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>U. Pontificia de Salamanca</u> | Enfermería | Hecho Religioso y Fe Cristiana | Teología | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Psicología | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Historia y Fundamentos de Enfermería | Historia | Humanidades | FB | 1º | 9 |
| | Enfermería | Visión Cristiana del Hombre y la Sociedad | Teología | Humanidades | FB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Legislación y Ética Profesional | Ética | Humanidades | OB | 4º | 3 |

Tabla 3.16. Universidad Pontificia de Salamanca

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|-------------------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>U. Pública de Navarra</u> | Enfermería | Psicología General y de la Conducta | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Sociología de la Salud | Sociología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Comunicación Profesional en el Campo Sanitario | Sociología | Ciencias sociales | OB | 1º | 3 |
| | Enfermería | Deontología Profesional y Bioética | Bioética | Humanidades | OB | 3º | 6 |

Tabla 3.17. Universidad Pública de Navarra

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|--------------------------------------|------------|--------------------------------|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad Ramón Llul</u> | Enfermería | Comunicación | Sociología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Psicología | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Antropología | Antropología | Humanidades | FB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Bioética | Bioética | Humanidades | OB | 3º | 4 |
| | Enfermería | Enfermería y multiculturalidad | Transcultural | Ciencias sociales | OP | 4º | 3 |

Tabla 3.18. Universidad Ramón Llul

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|---|------------|---|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad Rey Juan Carlos</u> | Enfermería | Psicología General | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Enfermería social, Género y Salud | Sociología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Historia de la Enfermería | Historia | Humanidades | OB | 2º | 3 |
| | Medicina | Psicología General | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Medicina | Deontología Profesional y Gestión Sanitaria | Bioética | Humanidades | OB | 2º | 3 |

Tabla 3.19. Universidad Rey Juan Carlos

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|--|------------|---|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad Rovira i Virgili</u> | Enfermería | Ética del Cuidado y Bases Conceptuales de Enfermería | Ética | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Fundamentos en Psicología Aplicada | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Relaciones terapéuticas y comunicación en la Enfermería | Sociología | Ciencias sociales | OB | 2º | 3 |
| | Enfermería | Antropología y Ciudadanía | Antropología | Humanidades | FB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Enfermería Internacional | Transcultural | Ciencias sociales | OP | 3º | 3 |
| | Medicina | Bases de la Comunicación y la Ética | Ética | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Medicina | Psicología Médica | Psicología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Bioética Clínica | Bioética | Humanidades | OP | 3º | 3 |

Tabla 3.20. Universidad Rovira i Virgili

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|--|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad de Salamanca</u> | Enfermería | Ciencias Psicosociales aplicadas a la Enfermería | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Legislación y Ética | Ética | Humanidades | OB | 2º | 6 |
| | Medicina | Psicología Médica | Psicología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Historia de la Medicina | Historia | Humanidades | OB | 4º | 4 |

Tabla 3.21. Universidad de Salamanca

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|-------------------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad San Jorge</u> | Enfermería | Atención Psicosocial | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Humanismo Cívico | Sociología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Ética, Legislación y Deontología | Ética | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Antropología de la salud | Antropología | Humanidades | OP | 4º | 3 |
| | Enfermería | Habilidades para comunicar y educar en salud | Sociología | Ciencias sociales | OP | 4º | 3 |

Tabla 3.22. Universidad de San Jorge

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|---|------------|----------------------------------|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad San Pablo CEU</u> | Enfermería | Antropología | Antropología | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Ciencias Psicosociales Aplicadas | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Historia y Sociedad | Historia | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Bioética | Bioética | Humanidades | FB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Doctrina Social de la Iglesia | Teología | Humanidades | OB | 3º | 6 |
| | Medicina | Antropología | Antropología | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Medicina | Psicología Médica | Psicología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Ética y Comunicación Asistencial | Ética | Humanidades | OB | 3º | 7,5 |

Tabla 3.23. Universidad San Pablo CEU

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|--|------------|---|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>U. de Santiago de Compostela</u> | Enfermería | Ciencias Psicosociales Aplicadas | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Aspectos Ético-Legales de la Profesión | Ética | Humanidades | OB | 3º | 4,5 |
| | Medicina | Historia de las Ciencias Médicas y la Documentación | Historia | Humanidades | OB | 1º | 3 |
| | Medicina | Ética Médica | Ética | Humanidades | OB | 2º | 3 |
| | Medicina | Psicología Aplicada | Psicología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Odontología para Médicos | Bioética | Humanidades | OP | 3º | 3 |

Tabla 3.24. Universidad de Santiago de Compostela

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|---------------------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universitat de València</u> | Enfermería | Fundamentos de Psicología en las Ciencias de la Salud | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Sociología, Género y Salud | Sociología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Bases históricas, Epistemológicas y Etiquetas de la Enfermería | Historia | Humanidades | OB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Ética y Legislación Profesional | Ética | Humanidades | OB | 3º | 4,5 |
| | Medicina | Comunicación | Sociología | Ciencias sociales | OB | 1º | 4,5 |
| | Medicina | Historia de la Medicina y Documentación | Historia | Humanidades | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Psicología Médica | Psicología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Ética Médica | Ética | Humanidades | OB | 2º | 4,5 |
| | Medicina | Salud y Cultura | Transcultural | Ciencias sociales | OP | 4º | 3 |

Tabla 3.25. Universitat de València

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|--------------------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>U. Central de Cataluña</u> | Enfermería | Cultura, Sociedad y Salud | Transcultural | Ciencias de la Salud | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Fundamentos Teóricos e Históricos de la Enfermería | Historia | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Psicología y Ciclo Vital | Psicología | Ciencias de la Salud | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Ética y Legislación Profesional | Ética | Humanidades | OB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Comunicación Terapéutica | Sociología | Ciencias de la Salud | FB | 2º | 6 |

Tabla 3.26. Universidad Central de Cataluña

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|--------------------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad de Sevilla</u> | Enfermería | Enfermería Psicosocial | Psicología | Ciencias Sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Historia, Teoría y Métodos de la Enfermería | Historia | Humanidades | OB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Enfermería Clínica y Problemas Bioéticos | Bioética | Humanidades | OB | 3º | 6 |
| | Enfermería | Procesos Psicológicos en los Usuarios del Sistema de Salud | Psicología | Ciencias Sociales | OP | 4º | 6 |
| | Enfermería | Psicología Social Aplicada a los Cuidados de Enfermería | Psicología | Ciencias Sociales | OP | 4º | 6 |
| | Enfermería | Sociología de la Salud | Sociología | Ciencias Sociales | OP | 4º | 6 |
| | Medicina | Medicina y Sociedad | Sociología | Ciencias Sociales | OP | 1º | 6 |
| | Medicina | Comunicación Asistencial | Sociología | Ciencias Sociales | OB | 2º | 6 |
| | Medicina | Historia de la Medicina y Documentación Científica | Historia | Humanidades | OB | 2º | 6 |
| | Medicina | Psicología Médica | Psicología | Ciencias Sociales | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Ética Médica | Ética | Humanidades | FB | 3º | 3 |

Tabla 3.27. Universidad de Sevilla

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|---|------------|---|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad de Valladolid</u> | Enfermería | Ciencias Psicosociales | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Fundamentos Históricos y Teóricos de la Enfermería | Historia | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Gestión de los servicios de enfermería. Ética y Legislación Sanitaria | Ética | Humanidades | OB | 4º | 6 |
| | Medicina | Historia de la Medicina | Historia | Humanidades | OB | 1º | 3 |
| | Medicina | Bioética | Bioética | Humanidades | OB | 2º | 2 |
| | Medicina | Psicología | Psicología | Ciencias sociales | FB | 2º | 4 |

Tabla 3.28. Universidad de Valladolid

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|---------------------------------------|------------|---|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad de Zaragoza</u> | Enfermería | Ciencias Psicosociales | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Ética y legislación | Ética | Humanidades | FB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Enfermería Psicosocial y Salud Mental | Psicología | Ciencias sociales | OB | 3º | 6 |
| | Enfermería | Bases sociales y culturales de los cuidados | Transcultural | Ciencias sociales | OP | 4º | 6 |
| | Medicina | Psicología Médica | Psicología | Ciencias sociales | OB | 2º | 6 |
| | Medicina | Comunicación Asistencial, Ética Médica y legislación I | Ética | Humanidades | OP | 3º | 6 |
| | Medicina | Comunicación Asistencial, Ética Médica y legislación II | Ética | Humanidades | OP | 4º | 6 |

Tabla 3.29. Universidad de Zaragoza

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|-------------------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad de Alcalá</u> | Enfermería | Ciencias Psicosociales Aplicadas y Comunicación | Psicología | Ciencias Sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Gestión de Servicios Enfermeros: Legislación y Deontología Profesional | Bioética | Humanidades | OB | 3º | 6 |
| | Medicina | Humanidades Médicas: Historia de la Medicina y Antropología Médica | Historia | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Medicina | Psicología Médica | Psicología | Ciencias Sociales | OB | 1º | 3 |
| | Medicina | Ética Médica | Ética | Humanidades | OB | 1º | 3 |

Tabla 3.30. Universidad de Alcalá

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|--|------------|---------------------------|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>U. Autónoma de Barcelona</u> | Enfermería | Ciencias Sociales y Salud | Sociología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Ciencias Psicosociales | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Comunicación y TIC | Sociología | Ciencias sociales | OB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Comunicación Terapéutica | Sociología | Ciencias sociales | OB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Ética y Marco Legal | Ética | Humanidades | FB | 2º | 4 |
| | Enfermería | Bioética | Bioética | Humanidades | OP | 4º | 3 |
| | Medicina | Psicología Médica | Psicología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Bioética y Comunicación | Bioética | Humanidades | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Relación Médico Paciente | Sociología | Ciencias sociales | OP | 2º | 3 |

Tabla 3.31. Universidad Autónoma de Barcelona

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|-------------------------------------|------------|---|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>U. Autónoma de Madrid</u> | Enfermería | Psicología General y del Desarrollo | Psicología | Ciencias Sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Sociología en Ciencias de la Salud | Sociología | Ciencias Sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Ética de los cuidados | Ética | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Historia y Fundamentos del Cuidado | Historia | Humanidades | OB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Psicosociología del cuidado | Psicología | Ciencias Sociales | FB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Dimensiones terapéuticas para el Cuidado de la Salud | Filosofía | Humanidades | OP | 3º | 6 |
| | Enfermería | Derechos Humanos y Libertades Fundamentales a través de la Historia | Bioética | Humanidades | OP | 4º | 6 |
| | Medicina | Humanidades Médicas | Filosofía | Humanidades | OB | 1º | 6 |
| | Medicina | Psicología Médica | Psicología | Ciencias Sociales | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Bioética Clínica | Bioética | Humanidades | OB | 3º | 3 |

Tabla 3.32. Universidad Autónoma de Madrid

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|-------------------------------------|------------|--------------------------------------|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>U. Alfonso X el Sabio</u> | Enfermería | Psicología | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Comunicación | Sociología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Historia | Historia | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Cuidados Paliativos y Ética Aplicada | Ética | Humanidades | OB | 2º | 6 |
| | Medicina | Bioética | Bioética | Humanidades | OB | 1º | 4 |
| | Medicina | Historia de la Medicina | Historia | Humanidades | OB | 1º | 4 |
| | Medicina | Psicología Médica | Psicología | Ciencias sociales | OB | 2º | 6 |

Tabla 3.33. Universidad Alfonso X El Sabio

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|---------------------------------------|------------|---|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad de Alicante</u> | Enfermería | Psicología | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Psicología del Cuidado y Competencias Emocionales en el Profesional de Enfermería | Psicología | Ciencias sociales | OP | 3º | 3 |
| | Enfermería | Pensamiento Crítico | Ética | Humanidades | OP | 3º | 3 |

Tabla 3.34. Universidad de Alicante

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|-------------------------------------|------------|---|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>U. Antonio de Nebrija</u> | Enfermería | Psicología General y de la Salud | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Historia, Teoría y Metodología de la Enfermería | Historia | Humanidades | OB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Psicología Social y Comunicación Humana | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Bioética y Ética Profesional en Enfermería | Bioética | Humanidades | OB | 3º | 4 |

Tabla 3.35. Universidad Antonio de Nebrija

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|---------------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| Universitat de Barcelona | Enfermería | Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 9 |
| | Enfermería | Fundamentos Históricos, Teóricos y Metodológicos | Historia | Humanidades | OB | 1º | 12 |
| | Enfermería | Ética y Legislación Profesional | Ética | Humanidades | OB | 2º | 6 |
| | Medicina | Introducción a la Salud, Antropología y Demografía | Antropología | Humanidades | OB | 1º | 5 |
| | Medicina | Psicología Médica | Psicología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |

Tabla 3.36. Universidad de Barcelona

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|-------------------------------------|------------|---|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad de Burgos</u> | Enfermería | Bases Históricas y Teóricas de Enfermería | Historia | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Ciencias Psicosociales y de la Comunicación en Enfermería | Psicología | Ciencias Sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Bioética y Deontología Profesional | Bioética | Humanidades | OB | 1º | 6 |

Tabla 3.37. Universidad de Burgos

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|-----------------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>U. Camilo José Cela</u> | Enfermería | Historia de la Enfermería | Historia | Humanidades | OB | 1º | 3 |
| | Enfermería | Ciencias Psicosociales Aplicadas | Psicología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Transculturalidad, Género y Salud | Transcultural | Ciencias sociales | FB | 2º | 3 |
| | Enfermería | Ética y Legislación | Ética | Humanidades | OB | 3º | 3 |
| | Enfermería | Habilidades en la Comunicación Interpersonal | Sociología | Ciencias sociales | OB | 3º | 3 |

Tabla 3.38. Universidad Camilo José Cela

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|---|------------|--------------------------------|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad Católica Santa Teresa de Jesús de Ávila</u> | Enfermería | Fundamentos de Antropología | Antropología | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Psicología | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Ética Profesional, Marco Legal | Ética | Ciencias sociales | OB | 2º | 4,5 |
| | Enfermería | Pensamiento Social Cristiano | Sociología | Ciencias sociales | OB | 2º | 4,5 |
| | Enfermería | Bioética | Bioética | Humanidades | OB | 3º | 6 |

Tabla 3.39. Universidad Católica Santa Teresa de Jesús de Ávila

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|--|------------|---|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>U. Católica de Valencia San Vicente Mártir</u> | Enfermería | Antropología | Antropología | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Psicología del Cuidado | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Doctrina Social de la Iglesia | Teología | Humanidades | FB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Ética y Deontología Profesional | Ética | Humanidades | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Antropología Médica | Antropología | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Medicina | Ética | Ética | Humanidades | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Historia de la Ciencia Médica, Documentación y Terminología Médicas | Historia | Humanidades | OB | 2º | 6 |
| | Medicina | Doctrina Social de la Iglesia | Teología | Humanidades | OB | 3º | 6 |

Tabla 3.40. Universidad Católica de Valencia San Vicente

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|--|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>U. Complutense de Madrid</u> | Enfermería | Psicología | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Sociología | Sociología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Medicina | Humanidades Médicas | Filosofía | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Medicina | Bases Psicológicas de los Estados de Salud | Psicología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |

Tabla 3.39. Universidad Complutense de Madrid

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|---------------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| Universidad de La Coruña | Enfermería | Psicología | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 9 |
| | Enfermería | Ética Profesional, Marco Legal y Filosofía del Cuidado | Ética | Humanidades | OB | 2º | 6 |

Tabla 3.42. Universidad de La Coruña

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|-----------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| Universidad de Cádiz | Enfermería | Historia de la Enfermería | Historia | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Transculturalidad, género y salud | Transcultural | Ciencias sociales | OB | 2º | 3 |
| | Enfermería | Ciencias Psicosociales Aplicadas | Psicología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Antropología de la Salud | Antropología | Humanidades | OB | 4º | 6 |
| | Medicina | Comunicación Médica | Sociología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Medicina | Historia de la Medicina, Teoría y Método en las Ciencias de la Salud | Historia | Humanidades | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Psicología Médica | Psicología | Ciencias sociales | OB | 2º | 6 |
| | Medicina | Sociología de la salud y del Sistema Sanitario | Sociología | Ciencias sociales | OB | 2º | 6 |
| | Medicina | Ética Médica | Ética | Humanidades | OB | 3º | 4 |

Tabla 3.43. Universidad de Cádiz

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|-------------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| Universidad de Córdoba | Enfermería | Ciencias Psicosociales | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 9 |
| | Enfermería | Historia de la Enfermería | Historia | Humanidades | OB | 1º | 3 |
| | Enfermería | Ética Profesional | Ética | Humanidades | OB | 1º | 3 |
| | Enfermería | Transculturalidad, Salud y Género | Transcultural | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Historia de la Medicina y Documentación Médica | Historia | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Medicina | Comunicación Asistencial | Sociología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Psicología Médica | Psicología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Medicina Legal y Ética | Ética | Humanidades | OB | 5º | 9 |

Tabla 3.44. Universidad de Córdoba

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|---------------------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>U. Francisco de Vitoria</u> | Enfermería | Ciencias Psicosociales Aplicadas a Enfermería | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Introducción a los Estudios Universitarios | Antropología | Humanidades | OB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Fundamentos Teóricos e Historia de la Enfermería | Historia | Humanidades | OB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Habilidades de Relación y Liderazgo | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Antropología Fundamental | Antropología | Humanidades | OB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Historia de Occidente | Antropología | Humanidades | OB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Introducción a la Teología | Teología | Humanidades | OB | 3º | 4,5 |
| | Enfermería | Ética y Legislación | Ética | Humanidades | OB | 3º | 4,5 |
| | Enfermería | Bioética y Deontología | Bioética | Humanidades | OB | 4º | 6 |
| | Enfermería | Enfermería Transcultural | Transcultural | Ciencias sociales | OP | 4º | 3 |
| | Medicina | Gestión del Conocimiento | Sociología | Ciencias sociales | OB | 1º | 4 |
| | Medicina | Habilidades y Competencias Interpersonales | Psicología | Ciencias sociales | OB | 1º | 4 |
| | Medicina | Psicología Humana | Psicología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Antropología Fundamental | Antropología | Humanidades | FB | 2º | 4 |
| | Medicina | Historia de la Medicina | Historia | Humanidades | OB | 2º | 5 |
| | Medicina | Ética y Deontología Profesional | Ética | Humanidades | OB | 3º | 4 |
| | Medicina | Bioética | Bioética | Humanidades | OB | 4º | 4 |
| | Medicina | Ciencia, Fe y Razón | Teología | Humanidades | OP | 5º | 3 |
| | Medicina | Actividades Formativas Complementarias I | Sociología | Ciencias sociales | OP | 5º | 3 |
| | Medicina | Actividades Formativas Complementarias II | Sociología | Ciencias sociales | OP | 6º | 3 |

Tabla 3.45. Universidad Francisco de Vitoria

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|------------------------------------|------------|---|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>U. Europea de Madrid</u> | Enfermería | Historia y Fundamentos de la Enfermería | Historia | Humanidades | OB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Atención Psicosocial | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Legislación y Ética Profesional | Ética | Humanidades | OB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Antropología de la Salud | Antropología | Humanidades | OB | 2º | 3 |
| | Enfermería | Habilidades de Comunicar y Cuidar en Salud | Sociología | Ciencias sociales | OB | 3º | 6 |
| | Enfermería | La Salud y la Diversidad Cultural | Transcultural | Ciencias sociales | OB | 3º | 6 |
| | Medicina | Humanidades Médicas y Habilidades de Comunicación | Sociología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Medicina | Psicología Médica | Psicología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Bioética Clínica y Medicina Legal | Bioética | Humanidades | OB | 4º | 7 |

Tabla 3.46. Universidad Europea de Madrid

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|--------------------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>U. Europea de Valencia</u> | Enfermería | Historia y Fundamentos de la Enfermería | Historia | Humanidades | OB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Atención Psicosocial | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Legislación y Ética Profesional | Ética | Humanidades | OB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Antropología de la Salud | Antropología | Humanidades | OB | 2º | 3 |
| | Enfermería | Habilidades de Comunicar y Cuidar en Salud | Sociología | Ciencias sociales | OB | 3º | 6 |
| | Enfermería | La Salud y la Diversidad Cultural | Transcultural | Ciencias sociales | OB | 3º | 6 |

Tabla 3.47. Universidad Europea de Valencia

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|-------------------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad de Gerona</u> | Enfermería | Psicología de la Salud y Habilidades Comunicativas | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Psicología Aplicada a las Alteraciones de Salud | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Bases conceptuales del Conocimiento Enfermero | Historia | Humanidades | FB | 1º | 6 |

Tabla 3.48. Universidad de Gerona

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|--------------------------------------|------------|---|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad de Granada</u> | Enfermería | Evolución Teórica de los Cuidados. Teoría y Modelos | Historia | Humanidades | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Psicología | Psicología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Transculturalidad, Género y Salud | Transcultural | Ciencias sociales | OB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Ética, Legislación y Deontología en Enfermería | Ética | Humanidades | FB | 2º | 3 |
| | Medicina | Psicología Médica | Psicología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Comunicación Médica | Psicología | Ciencias sociales | OB | 2º | 6 |
| | Medicina | Fundamentos en la Investigación Médica y Bioética | Bioética | Humanidades | FB | 2º | 6 |
| | Medicina | Historia de la Medicina | Historia | Humanidades | OB | 3º | 6 |

Tabla 3.49. Universidad de Granada

| Universidad | Carrera | Nombre de la asignatura | Campo de estudio | Rama de conocimiento | Tipo de asignatura | Curso | Créditos |
|-------------------------------------|------------|--|------------------|----------------------|--------------------|-------|----------|
| <u>Universidad de Huelva</u> | Enfermería | Historia, Fundamentos Teóricos y Bases Éticas de la Enfermería | Historia | Humanidades | OB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Ciencias Psicosociales I | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Ciencias Psicosociales II | Psicología | Ciencias sociales | FB | 1º | 6 |
| | Enfermería | Bioestadística y Tecnología de la Información y Comunicación en Cuidados | Sociología | Ciencias sociales | FB | 2º | 6 |
| | Enfermería | Antropología de la Salud | Antropología | Humanidades | OP | 3º | 6 |
| | Enfermería | Sociología de la Salud | Sociología | Ciencias sociales | OP | 3º | 6 |

Tabla 3.50. Universidad de Huelva

| ENF. HUMANIDADE | MED. HUMANIDADE | ENF. CIENC. SOCIAL. | MED. CIENC. SOCIAL. |
|------------------------------|--------------------|------------------------|------------------------|
| 6 | 18 | 15 | 12 |
| 0 | 0 | 24 | 0 |
| 6 | 18 | 21 | 9 |
| 9 | 0 | 24 | 0 |
| 6 | 0 | 15 | 0 |
| 12 | 12 | 12 | 6 |
| 15 | 9 | 6 | 6 |
| 6 | 9 | 18 | 12 |
| 33 | 27 | 12 | 12 |
| 6 | 6 | 15 | 6 |
| 13,5 | 12 | 6 | 9 |
| 6 | 12 | 12 | 6 |
| 0 | 4 | 0 | 11 |
| 15 | 0 | 15 | 0 |
| 24 | 0 | 6 | 0 |
| 6 | 0 | 15 | 0 |
| 10 | 0 | 15 | 0 |
| 3 | 3 | 12 | 6 |
| 12 | 9 | 12 | 6 |
| 6 | 4 | 6 | 6 |
| 9 | 0 | 15 | 0 |
| 24 | 13,5 | 6 | 6 |
| 4,5 | 9 | 6 | 6 |
| 12 | 9 | 24 | 18 |
| 12 | 5 | 6 | 4 |
| 10,5 | 10,5 | 12 | 9 |
| 12 | 0 | 18 | 0 |
| 6 | 12 | 18 | 6 |
| 6 | 9 | 6 | 3 |
| 12 | 8 | 12 | 6 |
| 3 | 0 | 9 | 0 |
| 10 | 0 | 12 | 0 |
| 7 | 6 | 24 | 6 |
| 24 | 9 | 18 | 6 |
| 18 | 5 | 9 | 6 |
| 12 | 0 | 6 | 0 |
| 6 | 0 | 12 | 0 |
| 6 | 12 | 18 | 6 |
| 25,5 | 21 | 0 | 6 |
| 12 | 0 | 15 | 0 |
| 18 | 24 | 6 | 0 |
| 0 | 6 | 12 | 6 |
| 6 | 0 | 9 | 0 |
| 12 | 10 | 9 | 18 |
| 6 | 15 | 15 | 12 |
| 15 | 7 | 18 | 12 |
| 15 | 0 | 18 | 0 |
| 39 | 20 | 15 | 20 |
| 6 | 0 | 12 | 0 |
| 9 | 12 | 12 | 12 |
| 12 | 0 | 24 | 0 |
| 18 | 14 | 12 | 6 |
| 10,98 | 7,17 | 12,62 | 5,30 |
| Tabla 3.51. Créditos totales | | | |

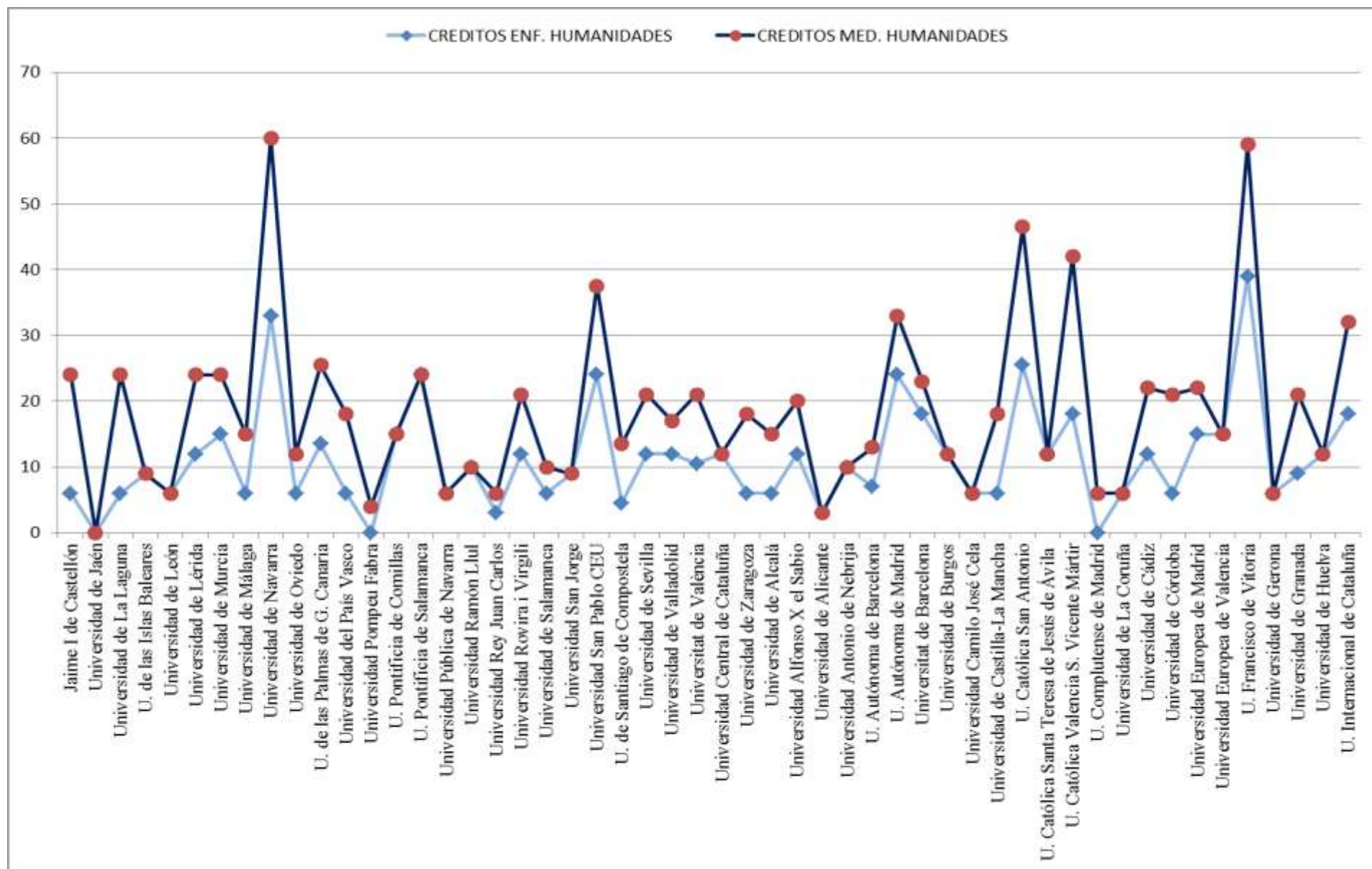


Tabla 3.52. Comparación créditos Enfermería-Medicina en Humanidades

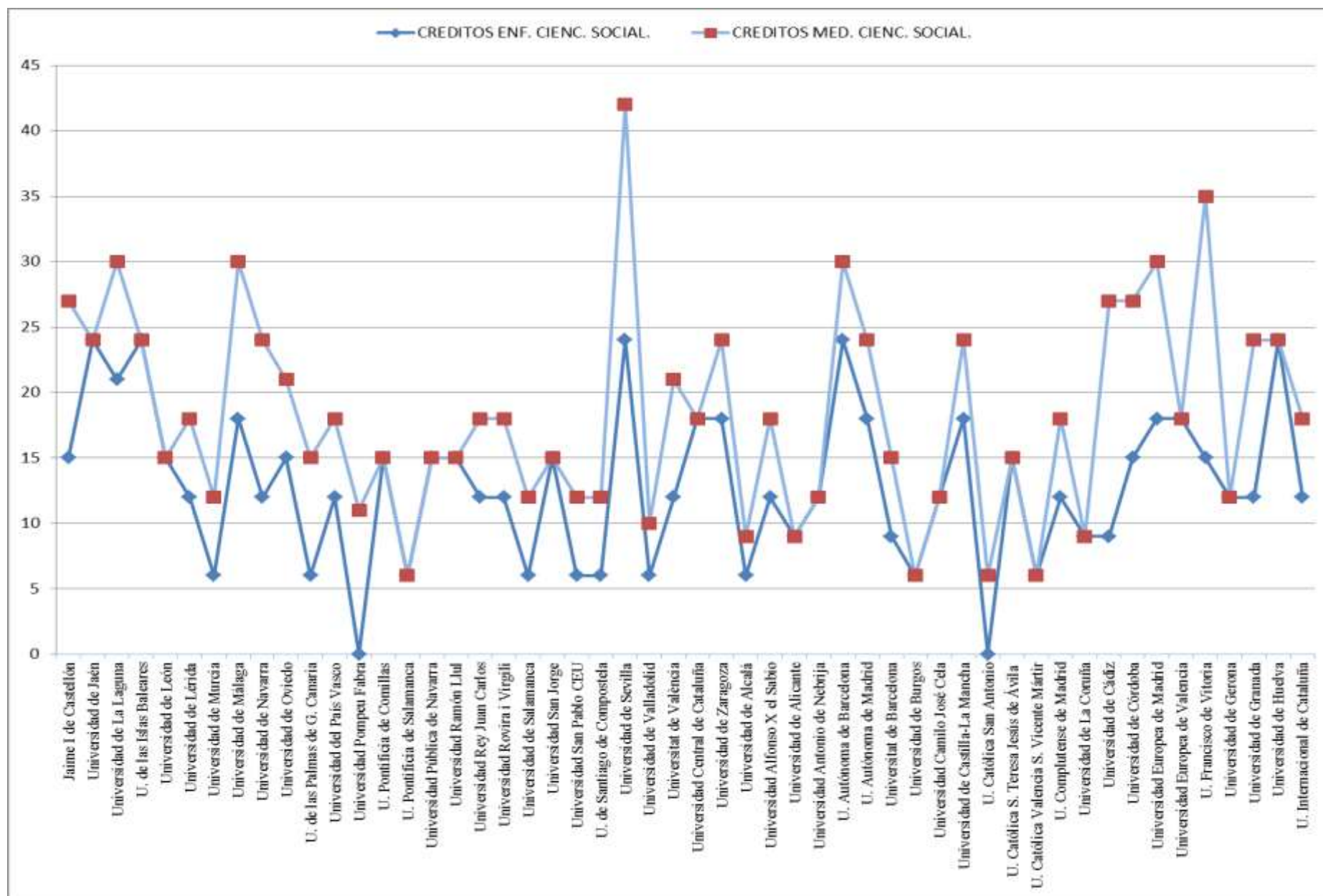


Tabla 3.53. Comparación créditos Enfermería-Medicina en Ciencias Sociales

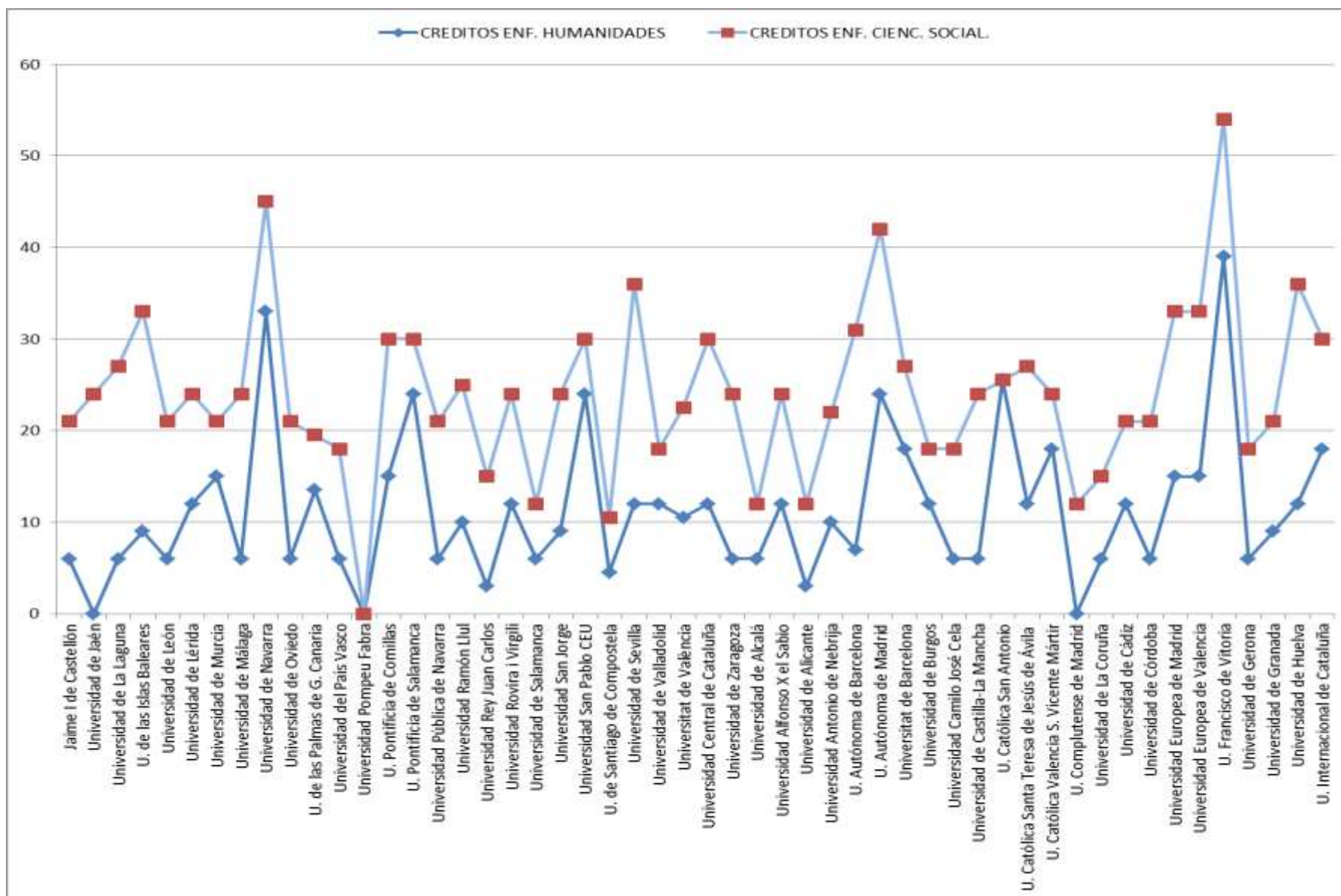


Tabla 3.54. Comparación créditos Enfermería: Humanidades-Ciencias Sociales

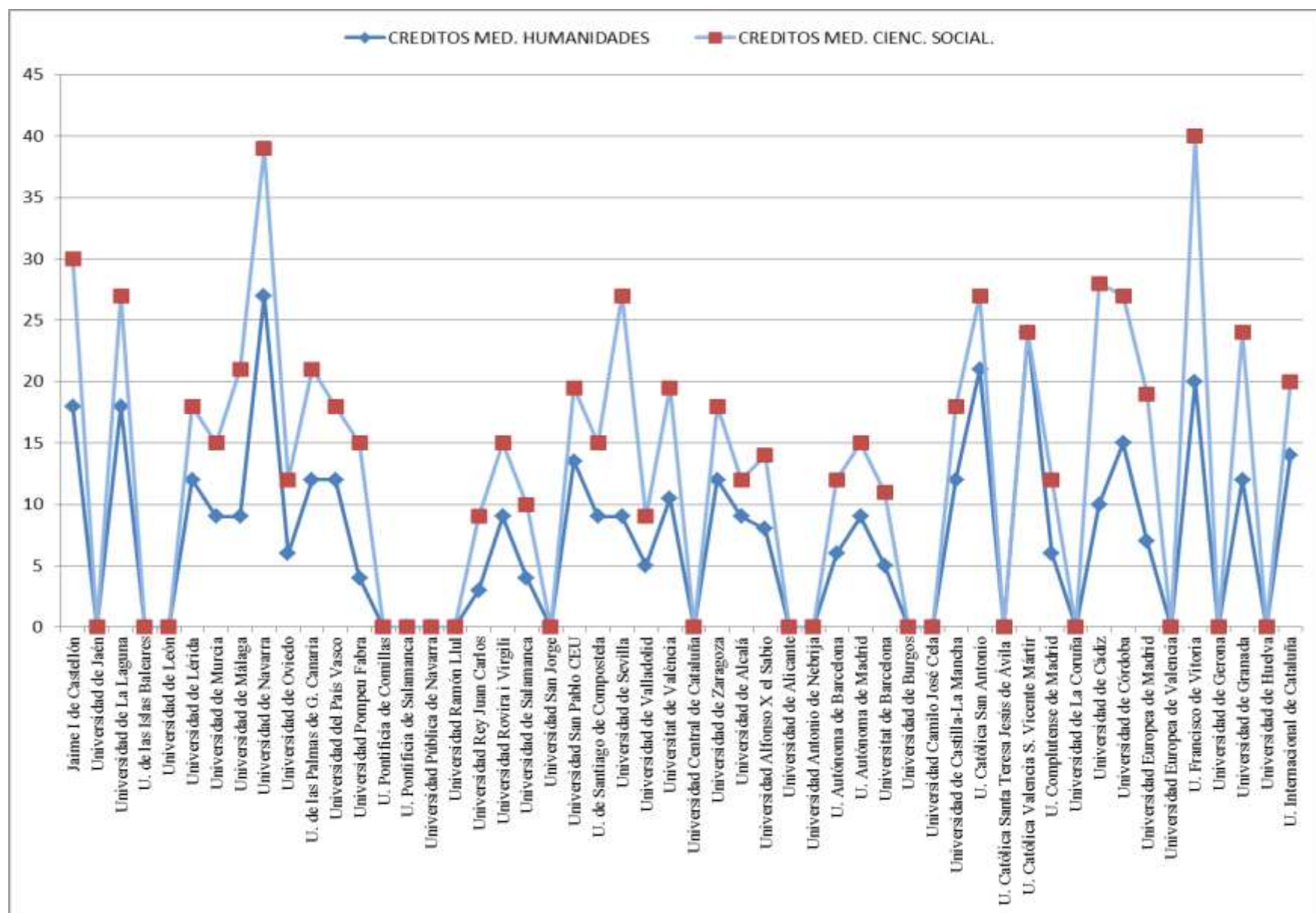


Tabla 3.55. Comparación créditos Medicina: Humanidades-Ciencias Sociales

